

病院・診療所・助産所 施設使用許可申請書

年 月 日

(宛先) 前橋市保健所長

住所 (法人所在地)

開設者

氏名 (法人名・代表者名)

医療法第27条の規定により、下記のとおり病院・診療所・助産所の施設使用許可を申請します。

名 称																				
所 在 地		〒 (電話)																		
管理者氏名																				
診療科名																				
従 業 員	医 師	歯 科 医 師	薬 剤 師	看 護 師	そ の 他 の 従 業 員														合 計	
					助産師	看護補助者	栄養士	診療放射線技師	臨床検査技師	理学療法士	作業療法士	言語聴覚士	精神保健福祉士	義肢装具士	視能訓練士	臨床工学技士	歯科衛生士	歯科技工士		調理師
員 数							()													
注1) 准看護師、診療エックス線技師及び衛生検査技師は、それぞれ看護師、診療放射線技師及び臨床検査技師の欄に計上すること。 2) 栄養士欄の()には、管理栄養士に係る員数を再掲すること。 3) 申請の時点において現に従事する職員について、常勤職員の数に非常勤職員の数をその勤務時間に応じて常勤職員数に換算した数(小数点以下を切り捨てること。)を加えた値を記載すること。																				
許可申請事項		許可年月日： 年 月 日 許可番号： 群馬県 / 前橋市 指令 第 号																		
使用予定年月日		年 月 日																		

<添付書類> 変更前と変更後の建物の平面図・立面図

- 注1) 開設許可又は変更許可の内容に完全に対応する施設使用許可申請のときは、平面図の添付を省略して差し支えないこと。
 2) 開設許可又は変更許可の内容の一部に関する施設使用許可申請のときは、開設許可又は変更許可の申請に際して添付した図面と同一の縮尺及び記載内容の図面で、開設許可又は変更許可の全体及び施設使用許可申請部分の双方を明示したものを添付すること。

※以下は保健所において使用しますので、記入・押印をしないでください。

審査手数料額	(保総)確認欄
(円)	

13-02-02-01-05 医事審査

受 付 印