

第1号様式

(第1面)

病院開設許可申請書

年 月 日

(宛先)名古屋市長

開設者 住所

氏名

(法人の場合は、その名称、主な事務)  
(所の所在地及び代表者の職・氏名)

病院の開設の許可を受けたいので、医療法第7条第1項の規定により、次のとおり申請します。

1 名称等

名 称	
開 設 の 場 所	
診 療 科 名	

2 開設者が臨床研修等修了医師又は臨床研修等修了歯科医師以外の場合

開 設 の 目 的	
維 持 の 方 法	

3 開設者が臨床研修等修了医師又は臨床研修等修了歯科医師の場合

現在他に病院若しくは診療所を開設し、若しくは管理し、又は他の病院若しくは診療所に勤務している場合は、その施設の名称及び所在地		開設・管理・勤務
この施設と同時に病院又は診療所を開設しようとする場合は、その施設の名称及び所在地		
臨床研修等修了医師・臨床研修等修了歯科医師	臨床研修修了登録証又は免許証(再教育研修命令を受けた者の場合は、再教育研修修了登録証を含む。)の登録番号及び登録年月日(それらの写しを添える場合は、そのことを記入してください。)	

## (第2面)

## 4 従業員の定員

医師	歯科 医師	薬剤師	看護師	准看 護師	助産師	栄養士	管理 栄養士	診療 放射 線技 師	診療 エッ クス 線技 師	臨床 検査 技師	衛生 検査 技師
理学 療法士	作業 療法士	視能 訓練士	歯科 衛生士	歯科 技工士	看護 補助者	介護 職員	ちゅう 房職員	事務 職員	その他	計	

## 5 敷地の状況

面 積	別紙のとおり
平 面 図	
周囲の見取図	

## 6 建物の構造のあらまし(附属建物を含みます。)

建 物 (棟) 別	構造のあらまし	用 途	建 築 面 積	延 べ 面 積
計				
平 面 図	別紙のとおり			
配 置 図	別紙のとおり			

## 7 諸施設の構造設備のあらまし

## (1) 診察室及び処置室

室診療科名	診 察 室		処 置 室			
	室面積	構造設備の あらまし	有無	専用・兼用	構造設備の あらまし	室面積
			有・無			
			有・無			
			有・無			
			有・無			
			有・無			

## (第3面)

## (2) 手術室

区分 名称	室面積	構造設備のあらまし								準備室の 面積
		手術台	床	壁	天井	照明 方法	暖房 方法	滅菌手 洗い設備	防爆 設備	
その他手術 関係設備の あらまし										

## (3) 臨床検査等の検査施設

名 称	室面積	構造設備のあらまし

## (4) エックス線装置及び使用室

装 置	用途	台数	固定・携帯	製作者、型式及び定格出力
使 用 室	室面積	構造のあらまし (特に障害防止の方法について記入してください。)		操作室の有無 及び室面積
				有( )・無
				有( )・無
				有( )・無

## (5) 調剤所

室面積	構造設備のあらまし				
	採光換気 の方法	冷暗所の 面積・構造	給水箇所	天びん	麻薬金庫
					有・無

## (6) 消毒施設

室面積	構造設備のあらまし	消毒方法	備付機械器具

## (第4面)

## (7) 給食施設

調理室	室面積		食品貯蔵用冷蔵庫				有・無	備付調理用器具及び食事運搬用具	
	床の構造		特別調理室				有・無		
	食器消毒方法		給食従事者専用更衣・休憩室				有・無		
	食器洗浄設備	有・無	給食従事者専用便所				有・無		
	採光換気の設備	有・無							
配膳室	名称又は設置場所	室面積	食器消毒設備	食器洗浄設備	食器保管設備	保温設備	備考		
			有・無	有・無	有・無	有・無			
			有・無	有・無	有・無	有・無			
			有・無	有・無	有・無	有・無			
食堂	用途	室数	室面積	定員	用途	室数	室面積	定員	
	患者用				職員用				

## (8) 洗濯施設

室面積	構造のあらまし	備付機械器具の種類及び数量

## (9) 分べん室及び新生児入浴施設

分べん室	室面積	構造設備のあらまし	もく浴室	室面積	構造設備のあらまし

## (10) 歯科技工室

室面積	構造設備のあらまし	防じん設備のあらまし

## (11) 消火設備

設備のあらまし	
---------	--

## (12) 機能訓練室

室面積	構造設備のあらまし

## (13) その他の施設

病理解剖室	有( )・無	入浴施設	患者用	有( )・無
研究室	有( )・無		職員用	有( )・無
講義室	有( )・無	事務室		有( )・無
図書室	有( )・無	看護師宿舎		有(定員)・無
救急用又は患者輸送用自動車	有( )・無	ナースセンター		有( )・無
医局	有( )・無	医師当直室		有( )・無
談話室	有( )・無			

(14) 精神病室、感染症病室又は結核病室がある場合は、特に講ずる処置

精神疾患の特性を踏まえた適切な医療の提供及び患者の保護のために講ずる必要な処置のあらまし	
病院の他の部分及び外部に対して感染予防のために講ずる遮断その他必要な処置のあらまし	
感染症病室又は結核病室があるときの(6)の消毒施設以外に特に設けた消毒設備のあらまし	

(15) 機械換気設備

区 分	設 備 の あ ら ま し	空気が他の部分へ流入しないようにするための処置
感 染 症 病 室		
結 核 病 室		
病 理 細 菌 検 査 室		
そ の 他 の 部 分		

8 各病室の病床数等

総病室 病床数		内 訳		精 神		感 染 症		結 核		療 養		一 般	
病棟名及 び階数	室 番 号	病 床 数 (入所 定員)	床 面 積	1床(1母 子)当 たりの 床面積	採光 面積	直接外気 開放面積※	病棟名及 び階数	室 番 号	病 床 数 (入所 定員)	床 面 積	1床(1母 子)当 たりの 床面積	採光 面積	直接外気 開放面積※

※ 機械換気設備により換気する場合は、その内容を記入してください。

9 開設者が法人の場合

定款、寄附行為又は条例の写し	別紙のとおり
----------------	--------

10 開設予定年月日

年	月	日
---	---	---

11 汚水(河川法施行令第16条の5第1項に規定する汚水をいう。)を水質汚濁防止法第2条第1項に規定する公共用水域に排出しようとする者は、次に掲げる事項を記載した書類を添えてください。

- (1) 汚水を排出しようとする公共用水域の種類及び名称
- (2) 汚水を排出しようとする場所
- (3) 汚水の排出の方法
- (4) 排出しようとする汚水の量、水質及び処理の方法
- (5) 汚水排出経路概要図(汚水処理系統を含む。)

注 医療法施行規則第1条の14第1項ただし書の規定により記載を省略する場合は、5から7までの事項のうち変更がない事項に関する部分について斜線を引いてください。

備考 用紙の大きさは、日本産業規格A4とする。