**診　療　所**

許可・届出（医療法人等の医師・歯科医師以外の者が開設する場合）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 区分 | 根拠法令等 | 様式番号 | ﾍﾟｰｼﾞ |
| 診療所開設許可申請 | 法７－１  則１の１４－１ | 診 様式１ | １ |
| 診療所開設届 | 令４の２－１  則３－１ | 診 様式２ | １０ |
| 診療所敷地面積及び建物の構造設備・平面図変更許可申請 | 法７－２  則１の１４－３ | 診 様式３ | １２ |
| 診療所開設目的・維持方法変更許可申請 | 法７－２  則１の１４－３ | 診 様式４ | ２０ |
| 診療所従業者定員変更許可申請 | 法７－２  則１の１４－３ | 診 様式５ | ２１ |

許可・届出（医師・歯科医師が開設する場合）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 区分 | 根拠法令等 | 様式番号 | ﾍﾟｰｼﾞ |
| 診療所開設届 | 法８、則４ | 診 様式２－２ | ２２ |
| 診療所敷地面積及び建物の構造設備・  平面図変更届 | 令４－３ | 診 様式３－２ | ３１ |
| 診療所「開設者の兼務・兼職状況」「従事者の定員」変更届 | 令４－３ | 診 様式９－２ | ４７ |
| 診療所管理免除許可申請 | 法１２－１但書、則８ | 診 様式６ | ３９ |

許可・届出（共通）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 区分 | 根拠法令等 | 様式番号 | ﾍﾟｰｼﾞ |
| 診療所管理者兼任許可申請 | 法１２－２、　則９ | 診 様式７ | ４１ |
| 診療所専属薬剤師設置免除許可申請 | 法１８但書、　則７ | 診 様式８ | ４３ |
| 診療所開設届出事項等変更届 | 令４－１、令４の２－２則３－２　等 | 診 様式９ | ４４ |
| 診療所（休止・再開）届 | 法８の２－２ | 診 様式10 | ４８ |
| 診療所廃止届 | 法９－１ | 診 様式11 | ４９ |
| 診療所開設者死亡（失そう宣告）届 | 法９－２ | 診 様式12 | ５０ |

許可・届出（入院施設を有する場合）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 区分 | 根拠法令等 | 様式番号 | ﾍﾟｰｼﾞ |
| 診療所病床設置許可申請 | 法７－３  則１の１４、５、６ | 診 様式13 | ５１ |
| 診療所病床数変更許可申請 | 法７－２ | 診 様式14 | ５４ |
| 診療所病床設置届 | 令３の３ | 診 様式15 | ５７ |
| 診療所病床数変更届 | 令４の２  則１の１４－９ | 診 様式16 | ５９ |
| 有床診療所使用許可申請 | 法２７ | 診 様式17 | ６２ |
| 診療所建物使用前自主検査申請 | 法７－１,２、法８  令４－３ | 診 様式18 | ６６ |

※ 法・令・則：医療法・施行令・施行規則

診　様式１　　　　　　　　　　　　　　　　　　（開設者が**医療法人等、**医師・歯科医師以外の場合）

**診療所開設許可申請**

令和　　年　　月　　日

兵庫県知事（兵庫県 　　　 県民局長）様

開設者住所

（法人にあっては主たる事務所の所在地）

（法人にあっては、名称及び代表者の職氏名）

電 話 －　 － （担当：　　　）

　次のとおり開設したいので、医療法第７条第１項に基づき申請します。

|  |
| --- |
| 県収入証紙　１８，０００円 |

注）１　この申請書一式を２部提出すること。

２　病床を設置する場合は、圏域健康福祉推進協議会（事務局：圏域健康福祉事務所企画課）の承認（病床配分）を受け、県庁医務課へ対して、事前協議手続きを経た上、「診療所病床設置許可」を受ける必要がある。（法人成り除く）

３　開設者が法人であるときは、定款、寄附行為又は条例を添付すること。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| １ |  | |
| ２　診療所の所在地 | 〒　　　－  TEL　　　-　　　　-　　　　FAX　　　-　　　- | |
| ３　診療時間 | 日　月　火　水　木　金　土  時　　分～　　　時　　分  時　　分～　　　時　　分  日　月　火　水　木　金　土  時　　分～　　　時　　分  時　　分～　　　時　　分  　　祝日 | |
| ４　診療科目 |  | |
| ５　管理者 | 住　所  氏　名  医・歯医籍　第　　　　　　号　　　　　年　　月　　日登録 | |
| 臨床研修等修了登録証等  ※該当する□内に「**✔**」を記入する | □ 臨床研修修了登録年月日　 年　 月　 日  □ 経過措置該当 |
| ６　開設の目的及び維持の方法 | | |
| 開設の目的  　　　維持の方法 | | |
| ７　開設者が、現に病院若しくは診療所を（開設・管理・勤務）している医療機関 | | |
| (1)　 開設　　　　名　称  　　　管理  勤務　　　　所在地 | | |
| (2) 　開設　　　　名　称  管理  勤務　　　　所在地 | | |
| ８　同時に２以上の病院又は診療所を開設しようとする場合の医療機関 | | |
| 名　称  　　所在地 | | |

注）管理者の臨床研修等修了登録について、医師では平成16年3月31日以前に免許を取得している場合、歯科医師では平成18年3月31日以前に取得している場合は、経過措置があるため、臨床研修修了登録証の写しは不要。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ９　従事医師  及び薬剤師 | | | 氏　名 | | 担当診療科名 | | 診療日時 | | | | 備考 | |
|  | 診療に従事する  医師（歯科医師） | |  | |  | |  | | | |  | |
|  | |  | |  | | | |  | |
|  | |  | |  | | | |  | |
| 薬　　剤　　師 | |  | | ※医師が常時３人以上勤務する診療所における専属薬剤師設置免除許可の有無  □有　　□無 | | | | | | | |
|  | |
| 10　医師、歯科医師、薬剤師、看護師（准看護師）、歯科衛生士などの従事者の定員　※１ | | | | | | | | | | | | |
| 医　　師 | | 名 | 助 産 師 | 名 | | 歯科衛生士 | | 名 | | そ の 他 | | 名 |
| 歯科医師 | | 名 | 看護補助者 | 名 | | 臨床検査技師 | | 名 | |  | | 名 |
| 薬 剤 師 | | 名 | 管理栄養士（栄養士） | 名 | | 理学療法士 | | 名 | |  | | 名 |
| 看 護 師 | | 名 | 診療放射線技師 | 名 | | 作業療法士 | | 名 | |  | | 名 |
| 准看護師 | | 名 | 歯科技工士 | 名 | | 事 務 員 | | 名 | |  | | 名 |
| 11　敷地面積及び平面図 | | | | | | 別紙のとおり | | | | | | |
| 12　敷地周囲の見取図 | | | | | | 別紙のとおり | | | | | | |
| 13　建物の構造概要及び平面図 | | | | | | 別紙のとおり | | | | | | |
| 14　エックス線装置の種類　※２  ※型式は、高電圧発生装置の型式となる。 | | | | | | 用途 | | |  | | | |
| 製作者名 | | |  | | | |
| 型式（定格出力） | | |  | | | |
| ＊管理区域の詳細図、遮蔽計算書、遮蔽計算図を添付すること。 | | | | | | |
| 15　病床に係る構造設備の概要　※３ | | | | | | 別紙のとおり | | | | | | |
| 16　開設予定年月日 | | | | | | 年　　　　月　　　　日予定 | | | | | | |

注）１　従業者の定員数は整数とすること。

２　放射線機器を設置する場合のみ記載すること。

また、エックス線装置診察室の詳細図、遮蔽計算書等エックス線装置に係る概要を添付すること。

なお、設置後１０日以内に別に定める診療用エックス線装置備付届を提出すること。

３　病床を設置する場合は、各室の用途・面積を示し、病床の種別も明示すること。

|  |
| --- |
| 敷地面積及び平面図　　　　　　　　　㎡（　　　　　　　坪） |
| 敷地周囲の見取図 |

注）敷地面積は、テナントビルの場合、診療所の投影面積を記入すること。なお、敷地平面図及び敷地周囲の見取り図は、別途図面の添付でもよい。（この場合、「別添のとおり」と記載すること。）

建物の構造概要

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 鉄　筋　　　　　　　　ｺﾝｸﾘｰﾄ･ﾌﾞﾛｯｸ　　　　 モルタル張　　　 　 普　　通  ア　　　　　　造　　　イ　　　　　　　　　　ウ　　　　　　　　　エ　　　　　　　階建  　　　　ｺﾝｸﾘｰﾄ　　　　　　　　　　　　 木　　　造　　　　　木　　造 | | | |
| 建物の用途　（１）診療所所のみ　（２）診療所と自宅等　（３）集合ビル | | | |
| １階　　　　㎡、　２階　　　　㎡、　　　階　　　　㎡、　　　　計　　　　　　　㎡ | | | |
| 階数・用途・  室名・番号等 | 面　　積 | 主な設備・器具 | 構　造　概　要  （壁・床・天井材等） |
|  | ㎡ |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 計 |  |  | |
| 構造設備上の参考事項 | | | |

|  |
| --- |
| 建物の平面図 |

注）１　診療所平面図は、別途図面の添付でもよい。（この場合、「別添のとおり」と記載すること。）

２　図面上に各室の用途等を記載すること。

３　建物の一部を、診療所の用に供していない場合はその旨分かるように記載すること。

４　エックス線装置を備付ける場合は、管理区域（上下階含む）を明示すること。

入院施設に関すること

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 病室一覧 | | | | | | | | | | | | |
| 階別 | 図面上  の室名 | 床面積  　　㎡ | | 採光  面積  ㎡ | | 開放  面積  　　㎡ | 病床数 | | | 1床あたりの床面積㎡ | | 備　　考  （病床種別） |
|  |  |  | |  | |  |  | | |  | |  |
|  |  |  | |  | |  |  | | |  | |  |
|  |  |  | |  | |  |  | | |  | |  |
|  |  |  | |  | |  |  | | |  | |  |
|  |  |  | |  | |  |  | | |  | |  |
|  |  |  | |  | |  |  | | |  | |  |
|  |  |  | |  | |  |  | | |  | |  |
|  |  |  | |  | |  |  | | |  | |  |
|  |  |  | |  | |  |  | | |  | |  |
| 計 | 室 |  | | (1/7) | | (1/20) |  | | |  | |  |
| 廊下 | | | 幅（ｍ） | | | | | | 手すりの有無 | | | |
| （種別・階数）  中廊下  片廊下 | | |  | | | | | |  | | | |
| 階段（２階以上の階に病室を有するもの） | | | | | | | | | | | | |
| 階段及び踊場の幅（ｍ） | | | | | 蹴上げ（ｍ） | | | 踏面（ｍ） | | | 手すりの有無 | |
|  | | | | |  | | |  | | |  | |

注）１　面積は小数点以下第２位まで記載すること（第３位切り捨て）。

２　床面積は内法で記載し、種別（中廊下・片廊下）、階数ごとに分け、規格が同じものは同一欄に記

載すること。

３　廊下、階段及び踊場の幅は手すりを含めないこと。療養病床を有する医療機関に必要な構造設備

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 施　設　名 | 床面積（㎡）（内法） | 設備概要 |
| 機能訓練室 |  | （主な機器・器具） |
| 食　　堂 |  |  |
| 浴　　室 |  | （浴槽の概要） |
| 談 話 室 |  |  |
| □　専用  □　食堂との共用 | ※該当する□内に「✔」を記入する |

注）　床面積は内法で、小数点以下第２位まで記載すること（第３位切り捨て）。

**履歴書**

本　籍　　　　　　　都・道・府・県

現住所

大正

昭和　　　年　　月　　日生

平成

免許証登録番号　　第　　　　　　　　号

登録年月日　　　　　年　　月　　日

臨床研修修了登録年月日　　　　　年　　月　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 年　月　日 | 学歴（高等学校卒業以降）・職歴・賞罰（各別にまとめて書く） |
| ・ ・ |  |
| ・ ・ |  |
| ・ ・ |  |
| ・ ・ |  |
| ・ ・ |  |
| ・ ・ |  |
| ・ ・ |  |
| ・ ・ |  |
| ・ ・ |  |
| ・ ・ |  |
| ・ ・ |  |
| ・ ・ |  |
| ・ ・ |  |
| ・ ・ |  |
| ・ ・ |  |
| ・ ・ |  |
| ・ ・ |  |
| ・ ・ |  |

注）１　免許証の写し（Ａ４サイズ）を添付すること。また原本を持参し、健康福祉事務所（保健所）職員の照合を受けること。

　　２　臨床研修修了登録証の写し（Ａ４サイズ）を添付すること。また原本を持参し、健康福祉事務所（保健所）職員に提示すること。

診　様式２　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（開設者が**医療法人等、**医師・歯科医師以外の場合）

**診療所開設届**

令和　　年　　月　　日

兵庫県知事（兵庫県 　　　 県民局長）様

開設者住所

（法人にあっては主たる事務所の所在地）

（法人にあっては、名称及び代表者の職氏名）

電 話 －　 － （担当：　　　）

次のとおり、医療法施行令第４条の２第１項の規定に基づき届け出ます。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| １ | |  | | | | |
| ２　診療所の所在地 | | 〒　　　－  TEL　　　-　　　　-　　　　　　FAX　　　　-　　　　- | | | | |
| ３　開設の年月日 | | 令和　　　年　　　月　　　日 | | | | |
| ４　管理者 | 住　所 |  | | | | |
| 氏　名 |  | | | | |
| 臨床研修等修了登録証等  ※該当する□内に「**✔**」を記入する | | | □ 臨床研修等修了登録証取得　　　年　 月　 日  □ 経過措置該当 | | |
| ５　診療に従事する  医師及び歯科医師  の氏名、担当診療  科目と診療日時 | | 氏　　名 | 担当診療科目 | | 診療日 | 診療時間 |
|  |  | |  |  |
|  |  | |  |  |
|  |  | |  |  |
|  |  | |  |  |
| ６　薬剤師の氏名 | |  | | | | |
| 専属薬剤師設置免除許可：　□許可あり　　□許可なし  ※　医師が常時３名以上勤務する場合 | | | | |

注）１　この届は、開設後１０日以内に管轄健康福祉事務所（保健所）あて１部提出すること（控えが必要な場合、２部提出すること。）。

２　管理者の臨床研修等修了登録について、医師では平成16年3月31日以前に免許を取得している場合、歯科医師では平成18年3月31日以前に取得している場合は、経過措置があるため、臨床研修修了登録証の写しは不要。

３　本届出に基づき、後日、兵庫県医務課より兵庫県医療機能情報システムに係るＩＤ及びパスワードを配布するので、速やかに医療機能情報の入力をすること。

**履歴書**

本　籍　　　　　　　都・道・府・県

現住所

大正

昭和　　　年　　月　　日生

平成

免許証登録番号　　第　　　　　　　　号

登録年月日　　　　　年　　月　　日

臨床研修修了登録年月日　　　　　年　　月　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 年　月　日 | 学歴（高等学校卒業以降）・職歴・賞罰（各別にまとめて書く） |
| ・ ・ |  |
| ・ ・ |  |
| ・ ・ |  |
| ・ ・ |  |
| ・ ・ |  |
| ・ ・ |  |
| ・ ・ |  |
| ・ ・ |  |
| ・ ・ |  |
| ・ ・ |  |
| ・ ・ |  |
| ・ ・ |  |
| ・ ・ |  |
| ・ ・ |  |
| ・ ・ |  |
| ・ ・ |  |
| ・ ・ |  |
| ・ ・ |  |

注）１　免許証の写し（Ａ４サイズ）を添付すること。また原本を持参し、健康福祉事務所（保健所）職員の照合を受けること。

　　２　臨床研修修了登録証の写し（Ａ４サイズ）を添付すること。また原本を持参し、健康福祉事務所（保健所）職員に提示すること。

診　様式３　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（開設者が**医療法人等、**医師・歯科医師以外の場合）

**診療所敷地面積及び建物の構造設備・平面図変更許可申請**

令和　　年　　月　　日

兵庫県知事（兵庫県 　　　 県民局長）様

開設者住所

（法人にあっては主たる事務所の所在地）

（法人にあっては、名称及び代表者の職氏名）

電 話 －　 － （担当：　　　）

次のとおり診療所建物の構造設備・平面図等を変更したいので、医療法第７条第２項に基づき申請します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| １ |  | | |
| ２　診療所の所在地 | 〒　　　－  TEL　　　-　　　　-　　　　FAX　　　-　　　- | | |
| ３　変更種別  （該当するものを○で囲む） | (1)　取壊・増築（診療所の延床面積の増減）  (2)　改築（工事を伴う変更）  (3)　用途変更（工事を伴わない、室の用途のみの変更）  (4)　機器入替（室の用途は変更せず、機器や装置等を入れ替えるもの）  (5)　敷地面積及び敷地平面図 | | |
| ４　延床面積及び敷地面積  全体で記載し、増減がなければ変更前のみ記載すること。 | 延床面積 | 変更前 | ㎡　（ａ） |
| 変更面積 | ㎡　（ｂ）　（ 増 ・ 減 ） |
| 変更後 | ㎡　（ｃ＝ａ±ｂ） |
| 敷地面積 | 変更前 | ㎡　（ａ‘） |
| 変更面積 | ㎡　（ｂ‘）（ 増 ・ 減 ） |
| 変更後 | ㎡　（ｃ‘＝ａ’±ｂ‘） |
| ５　変更の理由 |  | | |
| ６　変更予定年月日  ※工事着工予定日等 | 令和　　　年　　　月　　　日予定　・　許可日より | | |

注）１　この申請書一式を２部提出すること。

２　病床を設置（増床）する場合は、圏域健康福祉推進協議会（事務局：圏域健康福祉事務所企画課）の承認（病床配分）を受け、県庁医務課へ対して、事前協議手続きを経た上、「診療所病床設置（変更）許可」を受ける必要がある。

３　兵庫県医療機能情報システムに掲載している情報が変更される場合は、速やかに医療機能情報の変更入力をすること。

建物の構造概要

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 用途・室名・番号等 | 変更の種別 | 主な設備・器具 | 構　造　概　要  （壁・床・天井材等） |
| 変更前 | １　取壊・増築  ２　改築  ３　用途変更  (室名変更)  ４　機器入替 |  |  |
| 変更後 |  |  |
| 変更前 | １　取壊・増築  ２　改築  ３　用途変更  (室名変更)  ４　機器入替 |  |  |
| 変更後 |  |  |
| 変更前 | １　取壊・増築  ２　改築  ３　用途変更  (室名変更)  ４　機器入替 |  |  |
| 変更後 |  |  |
| 変更前 | １　取壊・増築  ２　改築  ３　用途変更  (室名変更)  ４　機器入替 |  |  |
| 変更後 |  |  |
| 変更前 | １　取壊・増築  ２　改築  ３　用途変更  (室名変更)  ４　機器入替 |  |  |
| 変更後 |  |  |
| 変更前 | １　取壊・増築  ２　改築  ３　用途変更  (室名変更)  ４　機器入替 |  |  |
| 変更後 |  |  |
| 構造設備上の参考事項 | | | |

注）　変更の種別は、前記３の変更内容の番号を記載すること。

|  |
| --- |
| 建物の平面図（変更前） |

注）１　診療所平面図は、別途図面を添付してもよい。

２　図面上に各室の用途等を記載すること。また、変更部分は、変更前を青線、変更後を朱線で囲むこと。

３　建物の一部を、診療所の用に供していない場合はその旨分かるように記載すること。

４　エックス線装置の入替え又は備付けの場合は、管理区域（上下階を含む）を明示すること。

|  |
| --- |
| 建物の平面図（変更後） |

注）１　診療所平面図は、別途図面を添付してもよい。

２　図面上に各室の用途等を記載すること。また、変更部分は、変更前を青線、変更後を朱線で囲むこと。

３　建物の一部を、診療所の用に供していない場合はその旨分かるように記載すること。

４　エックス線装置の入替え又は備付けの場合は、管理区域（上下階を含む）を明示すること。

入院施設に関すること

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 病室一覧（変更前） | | | | | | | | | | | | |
| 階別 | 図面上  の室名 | 床面積  　　㎡ | | 採光  面積  ㎡ | | 開放  面積  　　㎡ | 病床数 | | | 1床あたりの床面積㎡ | | 備　　考  （病床種別） |
|  |  |  | |  | |  |  | | |  | |  |
|  |  |  | |  | |  |  | | |  | |  |
|  |  |  | |  | |  |  | | |  | |  |
|  |  |  | |  | |  |  | | |  | |  |
|  |  |  | |  | |  |  | | |  | |  |
|  |  |  | |  | |  |  | | |  | |  |
|  |  |  | |  | |  |  | | |  | |  |
|  |  |  | |  | |  |  | | |  | |  |
|  |  |  | |  | |  |  | | |  | |  |
|  |  |  | |  | |  |  | | |  | |  |
| 計 | 室 |  | | (1/7) | | (1/20) |  | | |  | |  |
| 廊下 | | | 幅（ｍ） | | | | | | 手すりの有無 | | | |
| （種別・階数）  中廊下  片廊下 | | |  | | | | | |  | | | |
| 階段（２階以上の階に病室を有するもの） | | | | | | | | | | | | |
| 階段及び踊場の幅（ｍ） | | | | | 蹴上げ（ｍ） | | | 踏面（ｍ） | | | 手すりの有無 | |
|  | | | | |  | | |  | | |  | |

注）１　面積は小数点以下第２位まで記載すること（第３位切り捨て）。

２　床面積は内法で記載し、種別（中廊下・片廊下）、階数ごとに分け、規格が同じものは同一欄に記載すること。

３　廊下、階段及び踊場の幅は手すりを含めないこと。

入院施設に関すること

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 病室一覧（変更後） | | | | | | | | | | | | |
| 階別 | 図面上  の室名 | 床面積  　　㎡ | | 採光  面積  ㎡ | | 開放  面積  　　㎡ | 病床数 | | | 1床あたりの床面積㎡ | | 備　　考  （病床種別） |
|  |  |  | |  | |  |  | | |  | |  |
|  |  |  | |  | |  |  | | |  | |  |
|  |  |  | |  | |  |  | | |  | |  |
|  |  |  | |  | |  |  | | |  | |  |
|  |  |  | |  | |  |  | | |  | |  |
|  |  |  | |  | |  |  | | |  | |  |
|  |  |  | |  | |  |  | | |  | |  |
|  |  |  | |  | |  |  | | |  | |  |
|  |  |  | |  | |  |  | | |  | |  |
|  |  |  | |  | |  |  | | |  | |  |
| 計 | 室 |  | | (1/7) | | (1/20) |  | | |  | |  |
| 廊下 | | | 幅（ｍ） | | | | | | 手すりの有無 | | | |
| （種別・階数）  中廊下  片廊下 | | |  | | | | | |  | | | |
| 階段（２階以上の階に病室を有するもの） | | | | | | | | | | | | |
| 階段及び踊場の幅（ｍ） | | | | | 蹴上げ（ｍ） | | | 踏面（ｍ） | | | 手すりの有無 | |
|  | | | | |  | | |  | | |  | |

注）１　面積は小数点以下第２位まで記載すること（第３位切り捨て）。

２　床面積は内法で記載し、種別（中廊下・片廊下）、階数ごとに分け、規格が同じものは同一欄に記載すること。

３　廊下、階段及び踊場の幅は手すりを含めないこと。

診療用放射線機器等に関すること

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 機器等名称 | メーカー | 型　式 | 定格出力 | 備考（用途） |
| 変更前 |  |  |  |  |
| 変更後 |  |  |  |  |

注）１　機器設置後１０日以内に別に定める診療用エックス線装置備付届を提出すること。

　　２　型式は、高電圧発生装置の型式を記載すること。

療養病床を有する医療機関に必要な構造設備

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 施　設　名 | 変更前床面積（㎡）（内法） | 変更後床面積（㎡）（内法） | 変更後の設備概要 |
| 機能訓練室 |  |  | （主な機器・器具） |
| 食　　堂 |  |  |  |
| 浴　　室 |  |  | （浴槽の概要） |
| 談 話 室 |  |  |  |
| □　専用  □　食堂との共用 | □　専用  □　食堂との共用 | ※該当する□内に「✔」を記入する |

注）　床面積は内法で、小数点以下第２位まで記載すること（第３位切り捨て）。

敷地面積内の構造物の概要

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 用　　途　　等 | 変更の種別 | 構　造　概　要 |
| 変更前・変更後 | 増設・撤去 | ア　鉄筋･ｺﾝｸﾘｰﾄ造  イ　ｺﾝｸﾘｰﾄﾌﾞﾛｯｸ又は煉瓦造  ウ　ﾓﾙﾀﾙ張木造造　　　　　　　　　　　　階建  エ　普通木造  オ　その他（　　　　　　） |
|  |  |  |
| 参考事項 | | |

注）１　診療所の敷地内に設置（撤去）した診療の用に供しない構造物（倉庫、駐車場等）の概要を記載すること。

２　診療所の増築等診療に用に供する構造設備の設置（撤去）については、以下の建物の構造概要に記載すること。

|  |
| --- |
| 敷地面積・敷地平面図 |
| （変更前）  ・敷地面積　　　　　　　㎡　※１  ・敷地平面図　※２ |
| （変更後）  ・敷地面積　　　　　　　㎡　※１  ・敷地平面図　※２ |

注）１　敷地面積は、テナントビルの場合、診療所の投影面積を記入すること。

２　敷地平面図は、別添図面の添付でもよい。（この場合、「別添のとおり」と記載すること。）

また、変更部分は、変更前を青色の線、変更後を朱色の線で囲むこと。

診　様式４　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（開設者が**医療法人等、**医師・歯科医師以外の場合）

**診療所開設目的・維持方法変更許可申請**

令和　　年　　月　　日

兵庫県知事（兵庫県 　　　 県民局長）様

開設者住所

（法人にあっては主たる事務所の所在地）

（法人にあっては、名称及び代表者の職氏名）

電 話 －　 － （担当：　　　）

次のとおり診療所の開設の目的及び維持方法を変更したいので、医療法第７条第２項の規定に基づき申請します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| １ | |  |
| ２　診療所の所在地 | | 〒　　　－  TEL　　　-　　　　-　　　　FAX　　　-　　　- |
| ３　開設目的 | 変更前 |  |
| 変更後 |  |
| ４　維持方法 | 変更前 |  |
| 変更後 |  |
| ５　変更の理由 | |  |

注）１　履歴事項全部証明書を添付のこと。

２　この申請書一式を２部提出すること。

診　様式５　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（開設者が**医療法人等、**医師・歯科医師以外の場合）

**診療所従業者定員変更許可申請**

令和　　年　　月　　日

兵庫県知事（兵庫県 　　　 県民局長）様

開設者住所

（法人にあっては主たる事務所の所在地）

（法人にあっては、名称及び代表者の職氏名）

電 話 －　 － （担当：　　　）

次のとおり診療所従業者の定員を変更したいので、医療法第７条第２項の規定に基づき申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| １ | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ２　診療所の所在地 | | 〒　　　－  TEL　　　-　　　　-　　　　FAX　　　-　　　- | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ３　定　員 | 職　　種 | 医　　師 | 歯科医師 | 薬 剤 師 | 看 護 師 | 准看護師 | 助 産 師 | 看護補助者 | 管理栄養士（栄養士） | 診療放射線技師 | 歯科技工士 | 歯科衛生士 | 臨床検査技師 | 理学療法士 | 作業療法士 | 事 務 員 | そ の 他 | 計 |
| 変更前  （名） |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 変更後  （名） |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ４　変更の理由 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |

注）１　この申請書一式を２部提出すること。

２　定員数は整数とすること。

３　兵庫県医療機能情報システムに掲載している情報が変更される場合は、許可後速やかに医療機能情報の変更入力をすること。

診　様式２－２　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（開設者が医師・歯科医師の場合）

**診療所開設届**

令和　　年　　月　　日

兵庫県知事（兵庫県　 　　 県民局長）様

開設者住所

電 話 －　 － （担当：　　　）

次のとおり開設したので、医療法第８条に基づき届け出ます。

注）１　医師・歯科医師が診療所を開設した場合、この届を開設後１０日以内に管轄健康福祉事務所（保健所）あて提出すること（控えが必要な場合、２部提出すること。）。

２　病床を設置する場合は、圏域健康福祉推進協議会（事務局：圏域健康福祉事務所企画課）の承認（病床配分）を受け、県庁医務課へ対して、事前協議手続きを経た上、「診療所病床設置許可」を受ける必要がある。（親子承継除く）

３　本届出に基づき、後日、兵庫県医務課より兵庫県医療機能情報システムに係るＩＤ及びパスワードを配布するので、速やかに医療機能情報の入力をすること。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| １ |  | |
| ２　診療所の所在地 | 〒　　　－  TEL　　　　-　　　　-　　　　　　FAX　　　　-　　　　- | |
| ３　診療時間 | 日　月　火　水　木　金　土  時　　分～　　　時　　分  時　　分～　　　時　　分  日　月　火　水　木　金　土  時　　分～　　　時　　分  時　　分～　　　時　　分  　　　祝日 | |
| ４　診療科目 |  | |
| ５　管理者 | 住　所  氏　名  医・歯医籍　第　　　　　　号　　　　　年　　月　　日登録 | |
| 臨床研修等修了登録証等  ※該当する□内に「**✔**」を記入する | □ 臨床研修等修了登録証取得 年　 月　 日  □ 経過措置該当 |
| ６　開設者が、現に病院若しくは診療所を（開設・管理・勤務）している医療機関 | | |
| (1) 開設　　名　称  　　管理  勤務　　所在地 | | |
| (2) 開設　　名　称  管理  勤務　　所在地 | | |
| ７　同時に２以上の病院又は診療所を開設しようとする場合の医療機関 | | |
| 名　称  　　所在地 | | |

注）１　管理者の臨床研修等修了登録について、医師では平成16年3月31日以前に免許を取得している場合、歯科医師では平成18年3月31日以前に取得している場合は、経過措置があるため、臨床研修修了登録証の写しは不要。

２　上記の６，７は、該当する場合のみ記載すること。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ８　従事医師  及び薬剤師 | | | | 氏　名 | | 担当診療科名 | | 診療日時 | | | | 備考 | |
|  | 診療に従事する  医師（歯科医師） | | |  | |  | |  | | | |  | |
|  | |  | |  | | | |  | |
|  | |  | |  | | | |  | |
| 薬　　剤　　師 | | |  | | ※医師が常時３人以上勤務する診療所における専属薬剤師設置免除許可の有無　　　　　　　　　□有　　□無 | | | | | | | |
|  | |
| ９　医師、歯科医師、薬剤師、看護師（准看護師）、歯科衛生士などの従事者の定員　※１ | | | | | | | | | | | | | |
| 医　　師 | | 名 | 助 産 師 | | 名 | | 歯科衛生士 | | 名 | | そ の 他 | | 名 |
| 歯科医師 | | 名 | 看護補助者 | | 名 | | 臨床検査技師 | | 名 | |  | | 名 |
| 薬 剤 師 | | 名 | 管理栄養士（栄養士） | | 名 | | 理学療法士 | | 名 | |  | | 名 |
| 看 護 師 | | 名 | 診療放射線技師 | | 名 | | 作業療法士 | | 名 | |  | | 名 |
| 准看護師 | | 名 | 歯科技工士 | | 名 | | 事 務 員 | | 名 | |  | | 名 |
| 10　敷地面積及び平面図 | | | | | | | 別紙のとおり | | | | | | |
| 11　敷地周囲の見取図 | | | | | | | 別紙のとおり | | | | | | |
| 12　建物の構造概要及び平面図 | | | | | | | 別紙のとおり | | | | | | |
| 13　エックス線装置の種類　※２  ※型式は、高電圧発生装置の型式となる。 | | | | | | | 用途 | | |  | | | |
| 製作者名 | | |  | | | |
| 型式（定格出力） | | |  | | | |
| ＊管理区域の詳細図、遮蔽計算書、遮蔽計算図を添付すること。 | | | | | | |
| 14　病床に係る構造設備の概要　※３ | | | | | | | 別紙のとおり | | | | | | |
| 15　開設年月日 | | | | | | | 年　　　　月　　　　日 | | | | | | |

注）１　従業者の定員数は整数とすること。

２　放射線機器を設置する場合のみ記載すること。

また、エックス線装置診察室の詳細図、遮蔽計算書等エックス線装置に係る概要を添付すること。

なお、設置後１０日以内に別に定める診療用エックス線装置備付届を提出すること。

３　病床を設置する場合は、各室の用途・面積を示し、病床の種別も明示すること。

|  |
| --- |
| 敷地面積及び平面図　　　　　　　　　㎡（　　　　　　　坪） |
| 敷地周囲の見取図 |

注）１　敷地面積は、テナントビルの場合、診療所の投影面積を記入すること。

２　敷地平面図及び周囲の見取り図は、別途図面の添付でもよい。（この場合、「別添のとおり」と

記載すること。）

建物の構造概要

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 鉄　筋　　　　　　　　ｺﾝｸﾘｰﾄ･ﾌﾞﾛｯｸ　　　　　モルタル張　　　　　普　　通  ア　　　　　　造　　　イ　　　　　　　　　　ウ　　　　　　　　　エ　　　　　　　階建  　　　　ｺﾝｸﾘｰﾄ　　　　　　　　　　　　　木　　　造　　　　　木　　造 | | | |
| 建物の用途　（１）診療所のみ　（２）診療所と自宅等　（３）集合ビル | | | |
| １階　　　　㎡、　２階　　　　㎡、　　　階　　　　㎡、　　　　計　　　　　　　㎡ | | | |
| 階数・用途・  室名・番号等 | 面　　積 | 主な設備・器具 | 構　造　概　要  （壁・床・天井材等） |
|  | ㎡ |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 計 |  |  | |
| 構造設備上の参考事項 | | | |

|  |
| --- |
| 建物の平面図 |

注）１　診療所平面図は、別途図面の添付でもよい。（この場合、「別添のとおり」と記載すること。）

２　図面上に各室の用途等を記載すること。

３　建物の一部を、診療所の用に供していない場合はその旨分かるように記載すること。

４　エックス線装置を備付ける場合は、管理区域（上下階を含む）を明示すること。

入院施設に関すること

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 病室一覧 | | | | | | | | | | | | |
| 階別 | 図面上  の室名 | 床面積  　　㎡ | | 採光  面積  ㎡ | | 開放  面積  　　㎡ | 病床数 | | | 1床あたりの床面積㎡ | | 備　　考  （病床種別） |
|  |  |  | |  | |  |  | | |  | |  |
|  |  |  | |  | |  |  | | |  | |  |
|  |  |  | |  | |  |  | | |  | |  |
|  |  |  | |  | |  |  | | |  | |  |
|  |  |  | |  | |  |  | | |  | |  |
|  |  |  | |  | |  |  | | |  | |  |
|  |  |  | |  | |  |  | | |  | |  |
|  |  |  | |  | |  |  | | |  | |  |
|  |  |  | |  | |  |  | | |  | |  |
|  |  |  | |  | |  |  | | |  | |  |
| 計 | 室 |  | | (1/7) | | (1/20) |  | | |  | |  |
| 廊下 | | | 幅（ｍ） | | | | | | 手すりの有無 | | | |
| （種別・階数）  中廊下  片廊下 | | |  | | | | | |  | | | |
| 階段（２階以上の階に病室を有するもの） | | | | | | | | | | | | |
| 階段及び踊場の幅（ｍ） | | | | | 蹴上げ（ｍ） | | | 踏面（ｍ） | | | 手すりの有無 | |
|  | | | | |  | | |  | | |  | |

注）１　面積は小数点以下第２位まで記載すること（第３位切り捨て）。

２　床面積は内法で記載し、種別（中廊下・片廊下）、階数ごとに分け、規格が同じものは同一欄に記

載すること。

３　廊下、階段及び踊場の幅は手すりを含めないこと。

療養病床を有する医療機関に必要な構造設備

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 施　設　名 | 床面積（㎡）（内法） | 設備概要 |
| 機能訓練室 |  | （主な機器・器具） |
| 食　　堂 |  |  |
| 浴　　室 |  | （浴槽の概要） |
| 談 話 室 |  |  |
| □　専用  □　食堂との共用 | ※該当する□内に「✔」を記入する |

注）　床面積は内法で、小数点以下第２位まで記載すること（第３位切り捨て）。

**履歴書**

本　籍　　　　　　　都・道・府・県

現住所

大正

昭和　　　年　　月　　日生

平成

免許証登録番号　　第　　　　　　　　号

登録年月日　　　　　年　　月　　日

臨床研修修了登録年月日　　　　　年　　月　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 年　月　日 | 学歴（高等学校卒業以降）・職歴・賞罰（各別にまとめて書く） |
| ・ ・ |  |
| ・ ・ |  |
| ・ ・ |  |
| ・ ・ |  |
| ・ ・ |  |
| ・ ・ |  |
| ・ ・ |  |
| ・ ・ |  |
| ・ ・ |  |
| ・ ・ |  |
| ・ ・ |  |
| ・ ・ |  |
| ・ ・ |  |
| ・ ・ |  |
| ・ ・ |  |
| ・ ・ |  |
| ・ ・ |  |
| ・ ・ |  |

注）１　免許証の写し（Ａ４サイズ）を添付すること。また原本を持参し、健康福祉事務所（保健所）職員の照合を受けること。

２　臨床研修修了登録証の写し（Ａ４サイズ）を添付すること。また原本を持参し、健康福祉事務所（保健所）職員に提示すること。

診　様式３－２　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（医師・歯科医師が開設する場合）

**診療所敷地面積及び建物の構造設備・平面図変更届**

令和　　年　　月　　日

兵庫県知事（兵庫県 　　　 県民局長）様

開設者住所

電 話 －　 － （担当：　　　）

次のとおり開設届出事項等を変更したので、医療法施行令第４条第３項の規定に基づき届け出ます。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| １ |  | | |
| ２　診療所の所在地 | 〒　　　－  TEL　　　-　　　　-　　　　FAX　　　-　　　- | | |
| ３　変更種別  （該当するものを○で囲む） | (1)　取壊・増築（診療所の延床面積の増減）  (2)　改築（工事を伴う変更）  (3)　用途変更（工事を伴わない、室の用途のみの変更）  (4)　機器入替（室の用途は変更せず、機器や装置等を入れ替えるもの）  (5)　敷地面積及び敷地平面図 | | |
| ４　延床面積及び敷地面積  全体で記載し、増減がなければ変更前のみ記載すること。 | 延床面積 | 変更前 | ㎡　（ａ） |
| 変更面積 | ㎡　（ｂ）　（ 増 ・ 減 ） |
| 変更後 | ㎡　（ｃ＝ａ±ｂ） |
| 敷地面積 | 変更前 | ㎡　（ａ‘） |
| 変更面積 | ㎡　（ｂ‘）（ 増 ・ 減 ） |
| 変更後 | ㎡　（ｃ‘＝ａ’±ｂ‘） |
| ５　変更の理由 |  | | |
| ６　変更年月日 | 令和　　　年　　　月　　　日 | | |

注）１　この届は、変更後１０日以内に管轄健康福祉事務所（保健所）あて提出すること（控えが必要な場合、２部提出すること。）。但し、有床診療所に限って「有床診療所使用許可申請」までに提出すること。

２　病床を設置（増床）する場合は、圏域健康福祉推進協議会（事務局：圏域健康福祉事務所企画課）の承認（病床配分）を受け、県庁医務課へ対して、事前協議手続きを経た上、「診療所病床設置（変更）許可」を受ける必要がある。

３　兵庫県医療機能情報システムに掲載している情報が変更される場合は、速やかに医療機能情報の変更入力をすること。

建物の構造概要

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 用途・室名・番号等 | 変更の種別  ※１ | 主な設備・器具 | 構　造　概　要  （壁・床・天井材等） |
| 変更前 | １　取壊・増築  ２　改築  ３　用途変更  (室名変更)  ４　機器入替 |  |  |
| 変更後 |  |  |
| 変更前 | １　取壊・増築  ２　改築  ３　用途変更  (室名変更)  ４　機器入替 |  |  |
| 変更後 |  |  |
| 変更前 | １　取壊・増築  ２　改築  ３　用途変更  (室名変更)  ４　機器入替 |  |  |
| 変更後 |  |  |
| 変更前 | １　取壊・増築  ２　改築  ３　用途変更  (室名変更)  ４　機器入替 |  |  |
| 変更後 |  |  |
| 変更前 | １　取壊・増築  ２　改築  ３　用途変更  (室名変更)  ４　機器入替 |  |  |
| 変更後 |  |  |
| 変更前 | １　取壊・増築  ２　改築  ３　用途変更  (室名変更)  ４　機器入替 |  |  |
| 変更後 |  |  |
| 構造設備上の参考事項 | | | |

注）　変更の種別は、前記３の変更内容の番号を記載すること。

|  |
| --- |
| 建物の平面図（変更前） |

注）１　診療所平面図は、別途図面を添付してもよい。

２　図面上に各室の用途等を記載すること。また、変更部分は、変更前を青線、変更後を朱線で囲むこと。

３　建物の一部を、診療所の用に供していない場合はその旨分かるように記載すること。

|  |
| --- |
| 建物の平面図（変更後） |

注）１　診療所平面図は、別途図面を添付してもよい。

２　図面上に各室の用途等を記載すること。また、変更部分は、変更前を青線、変更後を朱線で囲むこと。

３　建物の一部を、診療所の用に供していない場合はその旨分かるように記載すること。

入院施設に関すること

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 病室一覧（変更前） | | | | | | | | | | | | |
| 階別 | 図面上  の室名 | 床面積  　　㎡ | | 採光  面積  ㎡ | | 開放  面積  　　㎡ | 病床数 | | | 1床あたりの床面積㎡ | | 備　　考  （病床種別） |
|  |  |  | |  | |  |  | | |  | |  |
|  |  |  | |  | |  |  | | |  | |  |
|  |  |  | |  | |  |  | | |  | |  |
|  |  |  | |  | |  |  | | |  | |  |
|  |  |  | |  | |  |  | | |  | |  |
|  |  |  | |  | |  |  | | |  | |  |
|  |  |  | |  | |  |  | | |  | |  |
|  |  |  | |  | |  |  | | |  | |  |
|  |  |  | |  | |  |  | | |  | |  |
|  |  |  | |  | |  |  | | |  | |  |
| 計 | 室 |  | | (1/7) | | (1/20) |  | | |  | |  |
| 廊下 | | | 幅（ｍ） | | | | | | 手すりの有無 | | | |
| （種別・階数）  中廊下  片廊下 | | |  | | | | | |  | | | |
| 階段（２階以上の階に病室を有するもの） | | | | | | | | | | | | |
| 階段及び踊場の幅（ｍ） | | | | | 蹴上げ（ｍ） | | | 踏面（ｍ） | | | 手すりの有無 | |
|  | | | | |  | | |  | | |  | |

注）１　面積は小数点以下第２位まで記載すること（第３位切り捨て）。

２　床面積は内法で記載し、種別（中廊下・片廊下）、階数ごとに分け、規格が同じものは同一欄に記載すること。

３　廊下、階段及び踊場の幅は手すりを含めないこと。

入院施設に関すること

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 病室一覧（変更後） | | | | | | | | | | | | |
| 階別 | 図面上  の室名 | 床面積  　　㎡ | | 採光  面積  ㎡ | | 開放  面積  　　㎡ | 病床数 | | | 1床あたりの床面積㎡ | | 備　　考  （病床種別） |
|  |  |  | |  | |  |  | | |  | |  |
|  |  |  | |  | |  |  | | |  | |  |
|  |  |  | |  | |  |  | | |  | |  |
|  |  |  | |  | |  |  | | |  | |  |
|  |  |  | |  | |  |  | | |  | |  |
|  |  |  | |  | |  |  | | |  | |  |
|  |  |  | |  | |  |  | | |  | |  |
|  |  |  | |  | |  |  | | |  | |  |
|  |  |  | |  | |  |  | | |  | |  |
|  |  |  | |  | |  |  | | |  | |  |
| 計 | 室 |  | | (1/7) | | (1/20) |  | | |  | |  |
| 廊下 | | | 幅（ｍ） | | | | | | 手すりの有無 | | | |
| （種別・階数）  中廊下  片廊下 | | |  | | | | | |  | | | |
| 階段（２階以上の階に病室を有するもの） | | | | | | | | | | | | |
| 階段及び踊場の幅（ｍ） | | | | | 蹴上げ（ｍ） | | | 踏面（ｍ） | | | 手すりの有無 | |
|  | | | | |  | | |  | | |  | |

注）１　面積は小数点以下第２位まで記載すること（第３位切り捨て）。

２　床面積は内法で記載し、種別（中廊下・片廊下）、階数ごとに分け、規格が同じものは同一欄に記載すること。

３　廊下、階段及び踊場の幅は手すりを含めないこと。

診療用放射線機器に関すること

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 機器等名称 | メーカー | 型　式 | 定格出力 | 備考（用途） |
| 変更前 |  |  |  |  |
| 変更後 |  |  |  |  |

注）１　機器設置後１０日以内に別に定める診療用エックス線装置備付届を提出すること。

　　２　型式は高電圧発生装置の型式を記載すること。

療養病床を有する医療機関に必要な構造設備

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 施　設　名 | 変更前床面積（㎡）（内法） | 変更後床面積（㎡）（内法） | 変更後の設備概要 |
| 機能訓練室 |  |  | （主な機器・器具） |
| 食　　堂 |  |  |  |
| 浴　　室 |  |  | （浴槽の概要） |
| 談 話 室 |  |  |  |
| □　専用  □　食堂との共用 | □　専用  □　食堂との共用 | ※該当する□内に「✔」を記入する |

注）　床面積は内法で、小数点以下第２位まで記載すること（第３位切り捨て）。

敷地面積内の構造物の概要

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 用　　途　　等 | 変更の種別 | 構　造　概　要 |
| 変更前・変更後 | 増設・撤去 | ア　鉄筋･ｺﾝｸﾘｰﾄ造  イ　ｺﾝｸﾘｰﾄﾌﾞﾛｯｸ又は煉瓦造  ウ　ﾓﾙﾀﾙ張木造造　　　　　　　　　　　　階建  エ　普通木造  オ　その他（　　　　　　） |
|  |  |  |
| 参考事項 | | |

注）１　診療所の敷地内に設置（撤去）した診療の用に供しない構造物（倉庫、駐車場等）の概要を記載すること。

２　診療所の増築等診療に用に供する構造設備の設置（撤去）については、以下の建物の構造概要に記載すること。

|  |
| --- |
| 敷地面積・敷地平面図 |
| （変更前）  ・敷地面積　　　　　　　㎡　※１  ・敷地平面図　※２ |
| （変更後）  ・敷地面積　　　　　　　㎡　※１  ・敷地平面図　※２ |

注）１　敷地面積は、テナントビルの場合、診療所の投影面積を記入すること。

２　敷地平面図は、別途図面の添付でもよい。また、変更部分は、変更前を青色の線、変更後を朱色の線で囲むこと。

診　様式６　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（医師・歯科医師が開設する場合）

**診療所管理免除許可申請**

令和　　年　　月　　日

兵庫県知事（兵庫県 　　　 県民局長）様

開設者住所

電 話 －　 － （担当：　　　）

次のとおり開設者による診療所管理を免除したいので、医療法第１２条第１項に基づき申請します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| １ |  | | |
| ２　診療所の所在地 | 〒　　　－  TEL　　　-　　　　-　　　　FAX　　　-　　　- | | |
| ３　開設者自ら管理できない理由 |  | | |
| ４　管理免除期間 | 令和　　　年　　　月　　　日から　令和　　　年　　　月　　　日まで | | |
| ５　管理者にしようとする者 | 住　所 |  | |
| 氏　名 |  | |
| 臨床研修修了登録証等  ※該当する□内に「**✔**」を記入する | | □臨床研修修了登録年月日　　 年　　 月　　 日  □ 経過措置該当 |

注）１　この申請書一式を２部提出すること。

２　新たに管理者にしようとする者の①履歴書、②免許証の写し、③免許証原本を持参すること。

３　管理者の臨床研修等修了登録について、医師では平成16年3月31日以前に免許を取得している場合、歯科医師では平成18年3月31日以前に取得している場合は、経過措置があるため、臨床研修修了登録証の写しは不要。

４　兵庫県医療機能情報システムに掲載している情報が変更される場合は、速やかに医療機能情報の変更入力をすること。

**履歴書**

本　籍　　　　　　　都・道・府・県

現住所

大正

昭和　　　年　　月　　日生

平成

免許証登録番号　　第　　　　　　　　号

登録年月日　　　　　年　　月　　日

臨床研修修了登録年月日　　　　　年　　月　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 年　月　日 | 学歴（高等学校卒業以降）・職歴・賞罰（各別にまとめて書く） |
| ・ ・ |  |
| ・ ・ |  |
| ・ ・ |  |
| ・ ・ |  |
| ・ ・ |  |
| ・ ・ |  |
| ・ ・ |  |
| ・ ・ |  |
| ・ ・ |  |
| ・ ・ |  |
| ・ ・ |  |
| ・ ・ |  |
| ・ ・ |  |
| ・ ・ |  |
| ・ ・ |  |
| ・ ・ |  |
| ・ ・ |  |
| ・ ・ |  |

注）１　免許証の写し（Ａ４サイズ）を添付すること。また原本を持参し、健康福祉事務所（保健所）職員の照合を受けること。

　　２　臨床研修修了登録証の写し（Ａ４サイズ）を添付すること。また原本を持参し、健康福祉事務所（保健所）職員に提示すること。

診　様式７

**診療所管理者兼任許可申請**

令和　　年　　月　　日

兵庫県知事（兵庫県 　　　 県民局長）様

開設者住所

（法人にあっては主たる事務所の所在地）

（法人にあっては、名称及び代表者の職氏名）

電 話 －　 － （担当：　　　）

次のとおり管理者を兼任したいので、医療法第１２条第２項に基づき申請します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| １ |  | |
| ２　診療所の所在地 | 〒　　　－  TEL　　　-　　　　-　　　　　FAX　　　-　　　- | |
| ３　診　療　科　目 |  | |
| ４　診　療　日　時 |  | |
| ５ | 医　師　　　人、看護職　　　人、薬剤師　　　人、その他　　　人 | |
| ６　管理者にしようとする医師（歯科医師） | 氏　　名  住　　所  医・歯医籍　第　　　　　　号　　　　　年　　月　　日登録 | |
| 臨床研修修了等登録証等  ※該当する□内に「**✔**」を  記入する | □ 臨床研修修了登録年月日　　 年　 月　 日  □ 経過措置該当 |
| ７　現に管理する診療所 | 名　　称 | |
| 所 在 地 | |
| 診療科目 | |
| 診療時間　　　　時 　　　分　～　 　　　時 　　　分 | |
| 従事者定員　　　医師　　　　人、看護職　　　　人、その他　　　　人 | |
| ８　当該医師に管理させようとする理由：　　　　　　　別紙のとおり | | |
| ９　両勤務場所間の距離と連絡に要する時間：　　　　　キロメートル　　　　　時間　　　分 | | |

注）１　この申請書一式を２部提出すること。

２　新たに管理者にとなる者の、履歴書及び免許証の写を添付し、免許証の原本を持参の上、照合を受けること。

３　管理者の臨床研修等修了登録について、医師では平成16年3月31日以前に免許を取得している場合、歯科医師では平成18年3月31日以前に取得している場合は、経過措置があるため、臨床研修修了登録証の写しは不要。

４　兵庫県医療機能情報システムに掲載している情報が変更される場合は、速やかに医療機能情報の変更入力をすること。

**履歴書**

本　籍　　　　　　　都・道・府・県

現住所

大正

昭和　　　年　　月　　日生

平成

免許証登録番号　　第　　　　　　　　号

登録年月日　　　　　年　　月　　日

臨床研修修了登録年月日　　　　　年　　月　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 年　月　日 | 学歴（高等学校卒業以降）・職歴・賞罰（各別にまとめて書く） |
| ・ ・ |  |
| ・ ・ |  |
| ・ ・ |  |
| ・ ・ |  |
| ・ ・ |  |
| ・ ・ |  |
| ・ ・ |  |
| ・ ・ |  |
| ・ ・ |  |
| ・ ・ |  |
| ・ ・ |  |
| ・ ・ |  |
| ・ ・ |  |
| ・ ・ |  |
| ・ ・ |  |
| ・ ・ |  |
| ・ ・ |  |
| ・ ・ |  |

注）１　免許証の写し（Ａ４サイズ）を添付すること。また原本を持参し、健康福祉事務所（保健所）職員の照合を受けること。

　　２　臨床研修修了登録証の写し（Ａ４サイズ）を添付すること。また原本を持参し、健康福祉事務所（保健所）職員に提示すること。

診　様式８

**診療所専属薬剤師設置免除許可申請**

令和　　年　　月　　日

兵庫県知事（兵庫県 　　　 県民局長）様

開設者住所

（法人にあっては主たる事務所の所在地）

（法人にあっては、名称及び代表者の職氏名）

電 話 －　 － （担当：　　　）

次のとおり診療所専属薬剤師設置の免除について、医療法第１８条の規定に基づき申請します。

|  |  |
| --- | --- |
| １ |  |
| ２　診療所の所在地 | 〒　　　－  TEL　　　-　　　　-　　　　FAX　　　-　　　- |
| ３　診　療　科　目 |  |
| ４　病　　床　　数 | 室　　　　　　床 |
| ５　１日平均調剤数 | 入　院　　　　　　　　　　外　来 |
| ６　専属の薬剤師を置かない理由 |  |
| ７　非常勤薬剤師の有無 | □　有（　　　名：人員数は常勤換算し、端数切り上げの整数を記入すること。）  □　無 |

注）１　この申請書一式を２部提出すること。

２　兵庫県医療機能情報システムに掲載している情報が変更される場合は、速やかに医療機能情報の変更入力をすること。

診　様式９

**診療所開設届出事項等変更届**

令和　　年　　月　　日

兵庫県知事（兵庫県　　　　県民局長）様

開設者住所

（法人にあっては主たる事務所の所在地）

（法人にあっては、名称及び代表者の職氏名）

電 話 －　 － （担当：　　　）

　次のとおり開設届出事項等を変更したので、届け出ます。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| １ | |  | |
| ２　診療所の所在地 | | 〒　　　－  TEL　　　-　　　　-　　　　FAX　　　-　　　- | |
| ３　　変　更　届　出　事　項 | ・診療所名称  ・診療科目  ・診療日・診療時間  ・住居表示  ・従事医師（歯科医師）の氏名  ・薬剤師の氏名  ・定款・寄附行為又は  条例  （該当項目を○で囲む） | 変　更　前 |  |
| 変　更　後 |  |
| ・開設者住所（所在地）・氏名（名称）  ・管理者住所・氏名  （該当項目を○で囲む） | 変　更　前 | 住　所  (所在地) |
| 氏　名  (名称) |
| 変　更　後 | 住　所  (所在地) |
| 氏　名  (名称) |
| ４　変更理由 | |  | |
| ５　変更年月日 | | 令和　　　年　　　月　　　日 | |

注）１　この届は、変更後１０日以内に管轄健康福祉事務所（保健所）あて提出すること（控えが必要な場合、２部提出すること。）。

２　医師・歯科医師が開設する場合、開設者(開設者が管理している場合は管理者)の交代及び地番の変更を伴う移転は、医療機関の廃止・新規開設となるので、この届によらない。開設者(管理者)個人の改姓又は住所が変更となった場合に本様式を使用する。

３　医療法人等が開設する場合であって、法人等の所在地・名称に変更が生じた場合は届出すること。（開設代表者のみの交代の場合、この届は不要。）この場合、定款（寄附行為）の写し又は履歴事項全部証明書を添付すること。

４　定款・寄附行為又は条例の変更については、「別紙のとおり」を記載し、変更前・後の定款・寄附行為又は条例を添付すること。

５　変更前・変更後の欄へは、変更前・変更後の全体状況が確認できるように記載するとともに、記載しきれない場合は別紙を添付すること。

６　管理者の変更の場合は、①履歴書、②免許証の写を添付し、③免許証原本を持参すること。

７　従事医師（歯科医師）、薬剤師の追加、変更の場合は、免許証の写を添付すること。

８　兵庫県医療機能情報システムに掲載している情報が変更される場合は、速やかに医療機能情報の変更入力をすること。

（添付書類等）

１　住居表示変更の場合は、住居表示を証する書面の写し

２　診療所開設者の住所・氏名変更の場合、個人では住民票の写し、法人では社員総会議事録等写し、履歴事項全部証明書、定款(寄附行為)の写し（開設代表者のみの交代の場合、この届は不要。）

３　診療所管理者の住所・氏名変更の場合、戸籍抄本・住民票等変更がわかる書類の写し

**履歴書**

本　籍　　　　　　　都・道・府・県

現住所

大正

昭和　　　年　　月　　日生

平成

免許証登録番号　　第　　　　　　　　号

登録年月日　　　　　年　　月　　日

臨床研修修了登録年月日　　　　　年　　月　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 年　月　日 | 学歴（高等学校卒業以降）・職歴・賞罰（各別にまとめて書く） |
| ・ ・ |  |
| ・ ・ |  |
| ・ ・ |  |
| ・ ・ |  |
| ・ ・ |  |
| ・ ・ |  |
| ・ ・ |  |
| ・ ・ |  |
| ・ ・ |  |
| ・ ・ |  |
| ・ ・ |  |
| ・ ・ |  |
| ・ ・ |  |
| ・ ・ |  |
| ・ ・ |  |
| ・ ・ |  |
| ・ ・ |  |
| ・ ・ |  |

注）１　免許証の写し（Ａ４サイズ）を添付すること。また原本を持参し、健康福祉事務所（保健所）職員の照合を受けること。

　　２　臨床研修修了登録証の写し（Ａ４サイズ）を添付すること。また原本を持参し、健康福祉事務所（保健所）職員に提示すること。

診　様式９－２　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（医師・歯科医師が開設する場合）

**診療所「開設者の兼務・兼職状況」**

**「従業者の定員」等変更届**

令和　　年　　月　　日

兵庫県知事（兵庫県　　　　県民局長）様

開設者住所

　電 話 －　 － （担当：　　　）

　次のとおり開設届出事項等を変更したので、届け出ます。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| １ | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ２　診療所の所在地 | | | 〒　　　－  TEL　　　-　　　　-　　　　FAX　　　-　　　- | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ３　変　更　届　出　事　項（該当項目を○で囲む） | ・開設者の兼務状況　兼職状況 | | 現に兼職する  医療機関 | | | | 名　称 | | | |  | | | | | | | | | | |
| 所在地 | | | |  | | | | | | | | | | |
| 退職又は廃止  した医療機関 | | | | 名　称 | | | |  | | | | | | | | | | |
| 所在地 | | | |  | | | | | | | | | | |
| ・従業者の定員 | | 医　　師 | 歯科医師 | 薬 剤 師 | 看 護 師 | | 准看護師 | 助 産 師 | 看護補助者 | | 管理栄養士（栄養士） | 診療放射線技師 | 歯科技工士 | 歯科衛生士 | 臨床検査技師 | 理学療法士 | 作業療法士 | 事 務 員 | そ の 他 | 計 |
|  | 変更前（名） |  |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 変更後（名） |  |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ４　変更の理由 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ５　変更年月日 | | | 令和　　　年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

１　この届は、変更後１０日以内に管轄健康福祉事務所（保健所）あて提出すること（控えが必要な場合、２部提出すること。）。

２　従業者の定員数は整数とすること。

診　様式１０

**診療所（休止・再開）届**

令和　　年　　月　　日

兵庫県知事（兵庫県 　　　 県民局長）様

開設者住所

（法人にあっては主たる事務所の所在地）

（法人にあっては、名称及び代表者の職氏名）

電 話 －　 － （担当：　　　）

次のとおり、医療法第８条の２第２項の規定に基づき届け出ます。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| １ | |  | |
| ２　診療所の所在地 | | 〒　　　－  TEL　　　-　　　-　　　　　FAX　　　-　　　- | |
| ３  届出事項を○で囲む | 診療所休止 | 休止年月日 | 令和　　　年　　　月　　　　日 |
| 休止期間 | 令和　　年　　月　　日～　　　年　　月　　日（予定） |
| 休止の理由 |  |
| 診療所再開 | 再開年月日 | 令和　　　年　　　月　　　日 |
| 再開の理由 |  |

注）１　休止又は再開する場合、この届を休止・再開後１０日以内に管轄健康福祉事務所（保健所）あて提出すること（控えが必要な場合、２部提出すること。）。

２　兵庫県医療機能情報システムに掲載している情報が変更される場合は、速やかに医療機能情報の変更入力をすること。

診　様式１１

**診療所廃止届**

令和　　年　　月　　日

兵庫県知事（兵庫県 　　　 県民局長）様

開設者住所

（法人にあっては主たる事務所の所在地）

（法人にあっては、名称及び代表者の職氏名）

電 話 －　 － （担当：　　　）

次のとおり診療所を廃止したので、医療法第９条第１項の規定に基づき届け出ます。

|  |  |
| --- | --- |
| １ |  |
| ２　診療所の所在地 | 〒　　　－  TEL　　　-　　　　-　　　　FAX　　　-　　　- |
| ３　廃止年月日 | 令和　　　年　　　月　　　日 |
| ４　廃止の理由 |  |

注）１　廃止する場合、この届を廃止後１０日以内に管轄健康福祉事務所（保健所）あて提出すること（控えが必要な場合、２部提出すること。）。

２　診療用エックス線装置等がある場合は、診療用エックス線装置に係る「廃止届」も提出すること。

診　様式１２　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（医師・歯科医師が開設する場合）

**診療所開設者死亡（失そう宣告）届**

令和　　年　　月　　日

兵庫県知事（兵庫県 　　　 県民局長）様

戸籍法の届出義務者

住　　　所

本人との続柄

氏　　　名

電話　　　　－　　　　－　　　　　（担当：　　　）

次のとおり診療所の開設者が（死亡し、失そう宣告）を受けたので、医療法第９条第２項の規定に基づき届け出ます。

|  |  |
| --- | --- |
| １ |  |
| ２　診療所の所在地 | 〒　　　－  TEL　　　-　　　　-　　　　FAX　　　-　　　- |
| ３　開設者の氏名 |  |
| ４　開設者の住所 |  |
| ５　死亡（失そう宣告）年月日 | 令和　　　年　　　月　　　日 |
| その他の事項  (1)エックス線装置等（放射性同位元素含む）の廃止後の措置について  (2)診療録の保管について | |

注）１　開設者が死亡（失そう宣告）した場合、この届出を死亡（失そう宣告と受けた）日から１０日以内に管轄健康福祉事務所（保健所）あて提出すること（控えが必要な場合、２部提出すること。）。

　　２　戸籍法上の届出義務者による届け出であること。

　　３　開設者死亡（失そう宣告）の場合は、「診療所廃止届」及び診療用エックス線装置に係る「廃止届」は不要。

診　様式１３

**診療所病床設置許可申請**

令和　　年　　月　　日

兵庫県知事　様

開設者住所

（法人にあっては主たる事務所の所在地）

（法人にあっては、名称及び代表者の職氏名）

電 話 －　 － （担当：　　　）

次のとおり診療所病床を設置したいので、医療法第７条第３項の規定に基づき申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| １ | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ２　診療所の所在地 | | 〒　　　－  TEL　　　　-　　　　-　　　　　　FAX　　　　-　　　　　- | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ３　設　置　病　床　数 | | 室　　　　　床  ［ 内訳：一般　　　　　床・療養　　　　　床 ］ | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ４　従業者の定員  　注）１ | | 医　　師 | 歯科医師 | 薬 剤 師 | 看 護 師 | 准看護師 | 助 産 師 | 看護補助者 | 管理栄養士（栄養士） | 診療放射線技師 | 歯科技工士 | 歯科衛生士 | 臨床検査技師 | 理学療法士 | 作業療法士 | 事 務 員 | そ の 他 | 計 |
|  | 現在の定員  　　　　　（名） |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 変更後の定員  　　　　　（名） |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ５　設置の理由 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |

注）１　一般病床のみの診療所となる場合は定員の記載不要。

２　親子継承、法人成り等以外の場合、この申請より先に、圏域健康福祉推進協議会（事務局：圏域健康福祉事務所企画課）で承認（病床配分）を受け、県庁医務課へ対して、事前協議手続きによる審査を受ける必要がある。

３　この申請書一式を３部提出すること。

４　従業者の定員数は整数とすること。

５　兵庫県医療機能情報システムに掲載している情報が変更される場合は、許可後速やかに医療機能情報の変更入力をすること。

入院施設に関すること

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 病室一覧 | | | | | | | | | | | | |
| 階別 | 図面上  の室名 | 床面積  　　㎡ | | 採光  面積  ㎡ | | 開放  面積  　　㎡ | 病床数 | | | 1床あたりの床面積㎡ | | 備　　考  （病床種別） |
|  |  |  | |  | |  |  | | |  | |  |
|  |  |  | |  | |  |  | | |  | |  |
|  |  |  | |  | |  |  | | |  | |  |
|  |  |  | |  | |  |  | | |  | |  |
|  |  |  | |  | |  |  | | |  | |  |
|  |  |  | |  | |  |  | | |  | |  |
|  |  |  | |  | |  |  | | |  | |  |
|  |  |  | |  | |  |  | | |  | |  |
|  |  |  | |  | |  |  | | |  | |  |
|  |  |  | |  | |  |  | | |  | |  |
| 計 | 室 |  | | (1/7) | | (1/20) |  | | |  | |  |
| 廊下 | | | 幅（ｍ） | | | | | | 手すりの有無 | | | |
| （種別・階数）  中廊下  片廊下 | | |  | | | | | |  | | | |
| 階段（２階以上の階に病室を有するもの） | | | | | | | | | | | | |
| 階段及び踊場の幅（ｍ） | | | | | 蹴上げ（ｍ） | | | 踏面（ｍ） | | | 手すりの有無 | |
|  | | | | |  | | |  | | |  | |

注）１　面積は小数点以下第２位まで記載すること（第３位切り捨て）。

２　床面積は内法で記載し、種別（中廊下・片廊下）、階数ごとに分け、規格が同じものは同一欄に記載すること。

３　廊下、階段及び踊場の幅は手すりを含めないこと。

療養病床を有する医療機関に必要な構造設備

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 施　設　名 | 床面積（㎡）（内法） | 設備概要 |
| 機能訓練室 |  | （主な機器・器具） |
| 食　　堂 |  |  |
| 浴　　室 |  | （浴槽の概要） |
| 談 話 室 |  |  |
| □　専用  □　食堂との共用 | ※該当する□内に「✔」を記入する |

注）　床面積は内法で、小数点以下第２位まで記載すること（第３位切り捨て）。

診　様式１４

**診療所病床数変更許可申請**

令和　　年　　月　　日

兵庫県知事　様

開設者住所

（法人にあっては主たる事務所の所在地）

（法人にあっては、名称及び代表者の職氏名）

電 話 －　 － （担当：　　　）

次のとおり診療所病床に係る病床数等を変更したいので、医療法第７条第３項の規定に基づき申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| １ | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ２　診療所の所在地 | | 〒　　　　－  TEL　　 　 　－ 　 　 －　 　FAX　　　　　－ 　　 － | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ３　病床数 | | 変更前：　　　　室　　　　床［ 内訳：一般　　　　床・療養　　　　床 ］ | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 変更後：　　　　室　　　　床［ 内訳：一般　　　　床・療養　　　　床 ］ | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ４　従業者の定員  　注）１ | | 医　　師 | 歯科医師 | 薬 剤 師 | 看 護 師 | 准看護師 | 助 産 師 | 看護補助者 | 管理栄養士（栄養士） | 診療放射線技師 | 歯科技工士 | 歯科衛生士 | 臨床検査技師 | 理学療法士 | 作業療法士 | 事 務 員 | そ の 他 | 計 |
|  | 現在の定員  　　　　　（名） |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 変更後の定員  　　　　　（名） |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ５　変更の理由 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ６　変更予定日 | | 令和　　　年　　　月　　　日予定 | | | | | | | | | | | | | | | | |

注）１　無床診療所又は一般病床のみの診療所となる場合は定員の記載不要

２　この申請書一式を２部提出すること。（増床の場合は３部）

３　増床の場合、この申請より先に、圏域健康福祉推進協議会（事務局：圏域健康福祉事務所企画課）で承認（病床配分）を受け、県庁医務課へ対して、事前協議手続きによる審査を受ける必要がある。

４　従業者の定員数は整数とすること。

５　兵庫県医療機能情報システムに掲載している情報が変更される場合は、許可後速やかに医療機能情報の変更入力をすること。

入院施設に関すること

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 病室一覧[変更前・後] | | | | | | | | | | | | |
|  | 階別 | 図面上  の室名 | | 床面積  　　㎡ | | 採光  面積  ㎡ | 開放  面積  　　㎡ | | 病床数 | 1床あたりの床面積㎡ | | 備　　考  （病床種別） |
| 変更前 |  |  | |  | |  |  | |  |  | |  |
| 変更後 |  |  | |  | |  |  | |  |  | |  |
| 変更前 |  |  | |  | |  |  | |  |  | |  |
| 変更後 |  |  | |  | |  |  | |  |  | |  |
| 変更前 |  |  | |  | |  |  | |  |  | |  |
| 変更後 |  |  | |  | |  |  | |  |  | |  |
| 変更前 |  |  | |  | |  |  | |  |  | |  |
| 変更後 |  |  | |  | |  |  | |  |  | |  |
| 変更前 |  |  | |  | |  |  | |  |  | |  |
| 変更後 |  |  | |  | |  |  | |  |  | |  |
| 計 |  |  | |  | | (1/7) | (1/20) | |  |  | |  |
| 廊下 | | | 幅（ｍ） | | | | | | 手すりの有無 | | | |
| （種別・階数）  中廊下  片廊下 | | | （変更前） | | | （変更後） | | | （変更前） | | | （変更後） |
| 階段（２階以上の階に病室を有するもの） | | | | | | | | | | | | |
| 階段及び踊場の幅（ｍ） | | | | | 蹴上げ（ｍ） | | | 踏面（ｍ） | | | 手すりの有無 | |
| （変更前） | | | | |  | | |  | | |  | |
| （変更後） | | | | |  | | |  | | |  | |

注）１　面積は小数点以下第２位まで記載すること（第３位切り捨て）。

２　床面積は内法で記載し、種別（中廊下・片廊下）、階数ごとに分け、規格が同じものは同一欄に記載すること。

３　廊下、階段及び踊場の幅は手すりを含めないこと。

療養病床を有する医療機関に必要な構造設備

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 施　設　名 | 変更前床面積（㎡）  （内法） | 変更後床面積（㎡）（内法） | 変更後の設備概要 |
| 機能訓練室 |  |  | （主な機器・器具） |
| 食　　堂 |  |  |  |
| 浴　　室 |  |  | （浴槽の概要） |
| 談 話 室 |  |  |  |
| □　専用  □　食堂との共用 | □　専用  □　食堂との共用 | ※該当する□内に「✔」を記入する |

注）　床面積は内法で、小数点以下第２位まで記載すること（第３位切り捨て）。

診　様式１５

**診療所病床設置届**

令和　　年　　月　　日

兵庫県知事　様

開設者住所

（法人にあっては主たる事務所の所在地）

（法人にあっては、名称及び代表者の職氏名）

電 話 －　 － （担当：　　　）

次のとおり診療所病床を設置したので、医療法施行令第３条の３規定に基づき届け出ます。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| １ |  | |
| ２　診療所の所在地 | 〒　　　　－  TEL　　　　-　　　　-　　　　　FAX　　　　-　　　　- | |
| ３　診療科目 |  | |
| ４　設 置 病 床 数 | 室　　　　床　［　内訳：　一般　　　床　］ | |
| ５　設置の理由 |  | |
| ６　設置年月日 | 令和　　　年　　　月　　　日 | |
| ７　医療法施行規則第１条の１４第７項第１号から第３号の適用 | | 有　　（第　　　号適用）・　無 |

注）１　この届出に先立ち、県庁医務課に対して、事前協議手続き（事務局：圏域健康福祉推進協議会（圏域健康福祉事務所企画課）、地元市町及び地元医師会の意見書が必要）を経た上、県保健医療計画（県ホームページ）に当該診療所の名称及び所在地が記載される必要がある。

２　この届出を１部提出すること。（控えが必要な場合、２部提出すること。）

３　兵庫県医療機能情報システムに掲載している情報が変更される場合は、速やかに医療機能情報の変更入力をすること。

入院施設に関すること

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 病室一覧（変更後） | | | | | | | | | | | | |
| 階別 | 図面上  の室名 | 床面積  　　㎡ | | 採光  面積  ㎡ | | 開放  面積  　　㎡ | 病床数 | | | 1床あたりの床面積㎡ | | 備　　考  （病床種別） |
|  |  |  | |  | |  |  | | |  | |  |
|  |  |  | |  | |  |  | | |  | |  |
|  |  |  | |  | |  |  | | |  | |  |
|  |  |  | |  | |  |  | | |  | |  |
|  |  |  | |  | |  |  | | |  | |  |
|  |  |  | |  | |  |  | | |  | |  |
|  |  |  | |  | |  |  | | |  | |  |
|  |  |  | |  | |  |  | | |  | |  |
|  |  |  | |  | |  |  | | |  | |  |
|  |  |  | |  | |  |  | | |  | |  |
| 計 | 室 |  | | (1/7) | | (1/20) |  | | |  | |  |
| 廊下 | | | 幅（ｍ） | | | | | | 手すりの有無 | | | |
| （種別・階数）  中廊下  片廊下 | | |  | | | | | |  | | | |
| 階段（２階以上の階に病室を有するもの） | | | | | | | | | | | | |
| 階段及び踊場の幅（ｍ） | | | | | 蹴上げ（ｍ） | | | 踏面（ｍ） | | | 手すりの有無 | |
|  | | | | |  | | |  | | |  | |

注）１　面積は小数点以下第２位まで記載すること（第３位切り捨て）。

２　床面積は内法で記載し、種別（中廊下・片廊下）、階数ごとに分け、規格が同じものは同一欄に記載すること。

３　廊下、階段及び踊場の幅は手すりを含めないこと。

診　様式１６

**診療所病床数変更届**

令和　　年　　月　　日

兵庫県知事（兵庫県 　　　 県民局長）　様

開設者住所

（法人にあっては主たる事務所の所在地）

（法人にあっては、名称及び代表者の職氏名）

電 話 －　 － （担当：　　　）

次のとおり診療所病床に係る病床数等を変更したので、医療法第７条第３項の規定に基づき届け出ます。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| １ | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ２　診療所の所在地 | | 〒　　　　－  TEL　　　-　　　　-　　　　　　FAX　　　　-　　　　- | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ３　病床数 | | 変更前：　　　室　　　床［ 内訳：一般　　　床・療養　　　床 ］ | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 変更後：　　　室　　　床［ 内訳：一般　　　床・療養　　　床 ］ | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ４　従業者の定員 | | 医　　師 | 歯科医師 | 薬 剤 師 | 看 護 師 | 准看護師 | 助 産 師 | 看護補助者 | | 管理栄養士（栄養士） | 診療放射線技師 | 歯科技工士 | 歯科衛生士 | 臨床検査技師 | 理学療法士 | 作業療法士 | 事 務 員 | そ の 他 | 計 |
|  | 現在の定員  　　　　（名） |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 変更後の定員  　　　　（名） |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ５　変更の理由 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ６　変更年月日 | | 令和　　　年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ７　病床設置時の医療法施行規則第１条の１４第７項第１号から第３号の適用 | | | | | | | | | 有　（第　　号適用）・　無 | | | | | | | | | | |

注）１　無床診療所、一般病床のみの診療所となる場合又は療養病床を有していても、定員に変更がない場合は定員の記載は不要。

２　この届出を１部提出すること。（控えが必要な場合、２部提出すること。）

３　従業者の定員数は整数とすること。

４　変更しようとする各階の変更後の平面図を添付すること。

５　兵庫県医療機能情報システムに掲載している情報が変更される場合は、速やかに医療機能情報の変更入力をすること。

入院施設に関すること

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 病室一覧[変更前・後] | | | | | | | | | | | | |
|  | 階別 | 図面上  の室名 | | 床面積  　　㎡ | | 採光  面積  ㎡ | 開放  面積  　　㎡ | | 病床数 | 1床あたりの床面積㎡ | | 備　　考  （病床種別） |
| 変更前 |  |  | |  | |  |  | |  |  | |  |
| 変更後 |  |  | |  | |  |  | |  |  | |  |
| 変更前 |  |  | |  | |  |  | |  |  | |  |
| 変更後 |  |  | |  | |  |  | |  |  | |  |
| 変更前 |  |  | |  | |  |  | |  |  | |  |
| 変更後 |  |  | |  | |  |  | |  |  | |  |
| 変更前 |  |  | |  | |  |  | |  |  | |  |
| 変更後 |  |  | |  | |  |  | |  |  | |  |
| 変更前 |  |  | |  | |  |  | |  |  | |  |
| 変更後 |  |  | |  | |  |  | |  |  | |  |
| 変更後計 |  |  | |  | | (1/7) | (1/20) | |  |  | |  |
| 廊下 | | | 幅（ｍ） | | | | | | 手すりの有無 | | | |
| （種別・階数）  中廊下  片廊下 | | | （変更前） | | | （変更後） | | | （変更前） | | | （変更後） |
| 階段（２階以上の階に病室を有するもの） | | | | | | | | | | | | |
| 階段及び踊場の幅（ｍ） | | | | | 蹴上げ（ｍ） | | | 踏面（ｍ） | | | 手すりの有無 | |
| （変更前） | | | | |  | | |  | | |  | |
| （変更後） | | | | |  | | |  | | |  | |

注）１　面積は小数点以下第２位まで記載すること（第３位切り捨て）。

２　床面積は内法で記載し、種別（中廊下・片廊下）、階数ごとに分け、規格が同じものは同一欄に記載すること。

３　廊下、階段及び踊場の幅は手すりを含めないこと。入院施設に関すること

療養病床を有する医療機関に必要な構造設備

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 施　設　名 | 変更前床面積（㎡）  （内法） | 変更後床面積（㎡）（内法） | 変更後の設備概要 |
| 機能訓練室 |  |  | （主な機器・器具） |
| 食　　堂 |  |  |  |
| 浴　　室 |  |  | （浴槽の概要） |
| 談 話 室 |  |  |  |
| □　専用  □　食堂との共用 | □　専用  □　食堂との共用 | ※該当する□内に「✔」を記入する |

注）　床面積は内法で、小数点以下第２位まで記載すること（第３位切り捨て）。

診　様式１７　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（入院施設を有する場合のみ）

**有床診療所使用許可申請**

令和　　年　　月　　日

兵庫県知事（兵庫県 　　　 県民局長）様

開設者住所

（法人にあっては主たる事務所の所在地）

（法人にあっては、名称及び代表者の職氏名）

電 話 －　 － （担当：　　　）

　次のとおり使用したいので、医療法第２７条に基づき申請します。

|  |  |
| --- | --- |
| １ |  |
| ２　診療所の所在地 | 〒　　　－  TEL　　　-　　　　-　　　　FAX　　　-　　　- |
| ３　開設予定年月日又は変更年月日（開設者が非医師のときは、開設許可年月日） | 令和　　年　　月　　日 |
| ４　使用しようとする建物の用途（新規開設の場合を除く） | 別紙のとおり |

|  |
| --- |
| 県収入証紙　実地検査　２２，０００円  自主検査　　３，６００円 |

注）１　この申請書一式を２部提出すること。

２　使用許可を受ける施設・構造設備に関する様式を添付すること。

３　兵庫県医療機能情報システムに掲載している情報が変更される場合は、速やかに医療機能情報の変更入力をすること。

建物の構造概要

|  |
| --- |
| 建物の平面図 |

注）１　診療所平面図は、別途図面を添付してもよい。

２　図面上に各室の用途等を記載すること。

３　建物の一部を、診療所の用に供していない場合はその旨分かるように記載すること。

入院施設に関すること

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 病室一覧（変更後） | | | | | | | | | | | | |
| 階別 | 図面上  の室名 | 床面積  　　㎡ | | 採光  面積  ㎡ | | 開放  面積  　　㎡ | 病床数 | | | 1床あたりの床面積㎡ | | 備　　考  （病床種別） |
|  |  |  | |  | |  |  | | |  | |  |
|  |  |  | |  | |  |  | | |  | |  |
|  |  |  | |  | |  |  | | |  | |  |
|  |  |  | |  | |  |  | | |  | |  |
|  |  |  | |  | |  |  | | |  | |  |
|  |  |  | |  | |  |  | | |  | |  |
|  |  |  | |  | |  |  | | |  | |  |
|  |  |  | |  | |  |  | | |  | |  |
|  |  |  | |  | |  |  | | |  | |  |
|  |  |  | |  | |  |  | | |  | |  |
| 計 | 室 |  | | (1/7) | | (1/20) |  | | |  | |  |
| 廊下 | | | 幅（ｍ） | | | | | | 手すりの有無 | | | |
| （種別・階数）  中廊下  片廊下 | | |  | | | | | |  | | | |
| 階段（２階以上の階に病室を有するもの） | | | | | | | | | | | | |
| 階段及び踊場の幅（ｍ） | | | | | 蹴上げ（ｍ） | | | 踏面（ｍ） | | | 手すりの有無 | |
|  | | | | |  | | |  | | |  | |

注）１　面積は小数点以下第２位まで記載すること（第３位切り捨て）。

２　床面積は内法で記載し、種別（中廊下・片廊下）、階数ごとに分け、規格が同じものは同一欄に記載すること。

３　廊下、階段及び踊場の幅は手すりを含めないこと。

療養病床を有する医療機関に必要な構造設備

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 施　設　名 | 床面積（㎡）（内法） | 設備概要 |
| 機能訓練室 |  | （主な機器・器具） |
| 食　　堂 |  |  |
| 浴　　室 |  | （浴槽の概要） |
| 談 話 室 |  |  |
| □　専用  □　食堂との共用 | ※該当する□内に「✔」を記入する |

注）　床面積は内法で、小数点以下第２位まで記載すること（第３位切り捨て）。

診　様式１８

**診療所等建物使用前自主検査申請**

令和　　年　　月　　日

兵庫県知事（兵庫県　　　　県民局長）　様

開設者住所

（法人にあっては主たる事務所の所在地）

（法人にあっては、名称及び代表者の職氏名）

電 話 －　 － （担当：　　　）

次のとおり診療所等建物の使用前検査を自主検査としたいので申請します。

|  |  |
| --- | --- |
| 検査対象 | （施設名）  （許可種別）  令和　　年　　月　　日・兵庫県指令　　（　　）第　　　　号：  令和　　年　　月　　日・兵庫県指令　　（　　）第　　　　号：  令和　　年　　月　　日・診療所敷地面積及び建物の構造設備・平面図変更届  令和　　年　　月　　日・ |
| （自主検査の該当要件）該当する要件の番号を○で囲む。 | |
| １ | エックス線撮影室等の装置の入れ替え等で構造設備の変更を伴わないもの。 |
| ２ | 病室、手術室又はエックス線撮影室以外で構造設備の内容を変更する場合。 |
| ３ | 病室内病床の減少等構造設備の変更を伴わないもの。 |
| ４ | 開設者の変更（法人成り）等実質的な変更を伴わないもの。 |

注）ア　本申請書は、使用許可申請の事前に２部提出して下さい。

受付印

　　イ　自主検査実施後は、下記届出書の内容を記載の上、使用許可申請書に

添付してください。

検　査　結　果　の　届　出　書

下記のとおり診療所等建物構造設備の自主検査を実施した結果、医療法第7条第1項若しくは第2項の許可又は医療法第8条若しくは同法施行令第4条第3項の届出に係る内容と相違なく、かつ必要な基準を満たし、実際に使用可能な状態にあることを確認しましたので届け出ます。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 検査実施者 | 所属 |  | | 役職等 | |  | 氏名 |  | |
| 検査実施年月日 | | 令和　　　年　　　月　　　日 | | | | | | | |
| 検査実施構造設備並びに検査結果 | | | | | 検査実施構造設備並びに検査結果 | | | | |
|  | | | 適・否 | |  | | | | 適・否 |
|  | | | 適・否 | |  | | | | 適・否 |
|  | | | 適・否 | |  | | | | 適・否 |

注）１　自主検査を選択できるのは次の場合とする。

①エックス線撮影室等の装置の入れ替え等構造設備の変更を伴わないもの。

（例：エックス線撮影装置入替・増設・廃止、等）

②病室、手術室又はエックス線撮影室以外で構造設備の内容を変更する場合。

（例：病室名変更、各部屋の用途変更、各部屋の改築、等）

③病室内病床の減少等構造設備の変更を伴わないもの。

（例：病室内病床の減少）

④開設者の変更（法人成り）等実質的な変更を伴わないもの。

（例：医療法人化、独立行政法人化）

２　一件の変更等の許可について、部分的に使用したい場合の使用前検査については、使用許可を複数回に分けて申請することができる。

また、その部分使用箇所が上記１に該当する場合には、自主検査を選択することができる。

なお、複数回の自主検査による使用許可を行う場合、それぞれにつき診療所等建物使用前自主検査申請を作成し事前に申請すること。

３　自主検査の選択ができる構造設備であっても、実地検査を受けることができる。

　　　　実地検査を希望する場合は、本申請は不要である。

４　当該許可の内容に変更が生じた場合には、自主検査を認めない場合がある。

　　　　また、自主検査の申請書の受付後であっても、許可の内容に変更が生じた場合には、実地検査を実施する場合があるので、遅滞なく管轄の健康福祉事務所又は本庁医務課に相談すること。

５　自主検査の手順

　　　①「診療所等建物使用前自主検査申請」の受領

　　　②「診療所等建物使用前自主検査申請」（上段部分）に必要事項を記載し、管轄する健康福祉事務所又は政令市保健所に提出する。（使用許可申請の前日までに）

　　　③「診療所等建物使用前自主検査申請」の受付済分を受領

　　　④工事等完了

⑤自主検査実施

⑥「診療所等建物使用前自主検査申請」（下段部分）に必要事項を記載し、それぞれの使用許可申請と併せて再度提出する。

６　使用前検査手数料について

　　　　決められた手数料の県収入証紙を使用許可申請に貼り付けて納付すること。

（参考）自主検査とすることができる構造設備一覧

|  |  |
| --- | --- |
| 自主検査とすることができる構造設備 | 根拠法令 |
| 各科専門の診察室、手術室（構造設備の変更を伴わない場合に限る。）、処置室、臨床検査施設（生理検査室等）、エックス線装置（使用室の構造設備の変更を伴わない場合に限る。）、エックス線回診車（ポータブル）の入替・増設及び保管場所の変更に伴い、新たに保管場所を設ける場合、調剤所、薬品庫、薬局（調剤行為を行う場合のみ。）、ナースステーション（調剤行為を行う場合のみ。）、給食施設、厨房、分べん室、新生児の入浴施設、消毒施設、洗濯施設、機能訓練室、談話室、食堂（デイルーム）、浴室、玄関・待合室等患者の使用する施設、ホール、面談室、陣痛室、リネン室、ＤＩ室（医薬品情報管理室）（服薬指導を行う場合のみ。）便所（患者が使用するものに限る。）、オートクレーブ室、中央材料室、移動型ＣＴ搭載車の再設置時（同一機種かつ同一車輌に限る。）、移動型ＭＲＩ搭載車の再設置時（同一機種かつ同一車輌に限る。）、集中治療室（病床数に変更がないか減床する場合であって、構造設備の変更を伴わない場合に限る。）、化学・細菌及び病理検査室、無菌状態の維持された病室(病床数に変更がないか減床する場合であって構造設備の変更を伴わない場合に限る。)診療の用に供する電気、光線、熱、蒸気又はガスに関する構造設備、放射線に関する構造設備（構造設備の変更がなく、装置のみの変更の場合に限る。）、病室（病床数に変更がないか減床する場合であって、構造設備の変更を伴わない場合に限る。）、機械換気設備、患者の使用する屋内直通階段、避難階段、患者が使用する廊下、消毒設備、歯科技工室、防火設備、消火用の機械・器具 | 法20条  法21条  法22条  法22条の2  法23条 |