

病院・診療所・助産所使用許可申請書

年 月 日

仙台市保健所長 様

開設者の住所(法人にあっては、主たる事務所の所在地) (〒)

開設者の氏名(法人にあっては、名称及び代表者の氏名)

電 話 ()

F A X ()

医療法第27条の規定により、病院・診療所・助産所の使用の許可を受けたいので、次のとおり申請します。

1 名 称							
2 開設の場所	〒						
	電話番号 ()						
	F A X ()						
3 管理者の氏名							
4 診療科目							
5 従業者の現員							
医師	人	助産師		歯科衛生士		その他	
歯科医師		診療放射線技師		歯科技工士			
薬剤師		臨床(衛生)検査技師		栄養士			
看護師		理学療法士		看護補助者			
准看護師		作業療法士		事務員		計	
6 許可を受ける事項	年 月 日 第 号による (開設許可証・開設届出書・変更許可証・変更届出書) のとおり						
7 使用開始予定年月日	年 月 日						
8 自主検査によることの申出の有無	有 ・ 無						
9 病床機能の転換	機能転換の有無	有 ・ 無	左記転換を反映させた病床機能報告の報告年度				年度

添付書類

- 1 建物の平面図 (各室の用途, 面積, 入院又は入所定員及び廊下の幅を明示すること。)
- 2 自主検査の場合にあっては, 検査結果の届出書