

診療所病床設置許可申請書

年 月 日

(あて先) 京 都 市 長

開設者の住所（法人にあっては、主たる事務所の所在地）
〒

電話 （ ）

開設者の氏名（法人にあっては、法人の名称及び代表者名）

下記のとおり、診療所の病床設置の許可を申請します。

記

フリガナ 1 名称	電話 （ ）	
2 所在地	〒	
3 診療科名		
4 病床数		
一般病床	療養病床	合 計
床	床	床

※ 各病室の病床数については、診療所平面図に明示すること

5 従業員の定員（療養病床を設置する場合のみ記載すること）

医 師	看護師	准看護師	看護補助者	その他	合 計
名	名	名	名	名	名

6 療養病床に係る施設の構造設備（療養病床を設置する場合のみ記載すること）

	床面積	設 備 の 概 要
機能訓練室	m ²	
食堂	m ²	
浴室	m ²	
談話室（専用・共用）	m ²	

7 設置予定年月日	年 月 日
-----------	-------

添 付 書 類

- 診療所平面図（各室の用途のほか、病室については病床種別及び病床数を記載したもの）
- 開設者が医師又は歯科医師である場合は、免許証（※）の写し及び履歴書
- 2の者の免許取得日が、医師は平成16年4月1日以降、歯科医師は平成18年4月1日以降の場合、臨床研修修了登録証（※）の写し
- 業務従事者名簿（勤務日及び勤務時間帯、1週間の勤務時間数を明示したもの）（※）については、原本照合を行うため原本も持参のこと。