

病院開設許可申請書

年 月 日

神奈川県知事 殿

開設者 住 所
氏 名

（法人にあつては、主たる事務所の所在地、名称及び代表者の氏名）

次のとおり病院の開設の許可を申請します。

名 称									
開 設 の 場 所									
診療を行おうとする科目									
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 外の者であるとき	開設の目的								
	維持の方法								
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 であるとき	開設者が現に病院若しくは診療所を 開設若しくは管理し、又はこれら に勤務するものであるときは、その旨								
	開設者が同時に2以上の 病院又は診療所を開設しようと するものであるときは、その旨								
従業者の 定員（人）	医 師	（常勤）	（非常勤）	歯科 医師	（常勤）	（非常勤）	薬剤師	（常勤）	（非常勤）
	看護師	（常勤）	（非常勤）	その他					
敷 地 の 面 積									m ²
建物の構造概要									
歯科医業を行う病院であつて、歯科技工室を設 けようとするときは、その構造設備の概要									
病 床 数 （ 床 ）	精 神	感 染 症	結 核	療 養	一 般	合 計			
開設の予定年月日	年 月 日								

- 添付書類
- 敷地の平面図及び敷地周囲の見取図
 - 建物の平面図及び各病室の病床数の一覧（平面図には、各室の用途を示し、精神病室、感染症病室、結核病室又は療養病床に係る病室があるときは、これを明示してください。）
 - 開設者が法人であるときは、定款若しくは寄附行為の写し及び定款等変更認可書の写し、法人の登記事項証明書又は条例
 - 開設者が臨床研修等修了医師又は歯科医師であるときは臨床研修修了登録証等の写し、資格免許証の写し及び履歴書、その他の者（法人を除く。）であるときは履歴書
 - 麻酔科を標榜する場合は、麻酔科標榜許可証の写し
 - 敷地及び建物の登記事項証明書（自己所有の場合）又は賃貸借契約書の写し（賃貸借の場合）
 - その他知事が必要と認める書類

(別紙)

建物の構造概要	造	階建	(建築面積又は 延床面積) m ²	病室	室
施設 の有 無 及 び 構 造 設 備 の 概 要					
	各科専門の診察室	有・無			
	手術室	有・無			
	処置室	有・無			
	エックス線装置	有・無			
	調剤所	有・無			
	分娩室及び新生児の入浴施設 (産婦人科又は産科を有する病院)	有・無			
	機能訓練室 (療養病床を有する病院)	有・無			
	臨床検査施設	有・無			
	給食施設	有・無			
	消毒施設	有・無			
	洗濯施設	有・無			
	談話室 (療養病床を有する病院)	有・無			
	食堂 (療養病床を有する病院)	有・無			
浴室 (療養病床を有する病院)	有・無				