

(記載例)

第1号様式(第1条の2関係)(用紙 日本産業規格A4縦長型)

病院開設許可申請書

令和〇年〇月〇日

神奈川県知事 殿

住所に関して神奈川県以外の場合は、都道府県名から記載してください

開設者 住所 〇〇市△△ 〇丁目□□□□
氏名 医療法人 ●●●●●
理事長 〇〇 〇〇

(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)

(XXX) XXX-XXXX

次のとおり病院の開設の許可を申請します。

名 称	イリョウホウジンマルマル サンカクサンカクビョウイン 医療法人●●●●● △△病院									
開 設 の 場 所	〇〇市△△ 〇丁目〇〇									
診療を行おうとする科目	内科、外科、小児科、産婦人科、・・・									
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	科学的かつ適正な医療の提供								
	維持の方法	診療報酬による運営								
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) 〇〇	(非常勤) 〇	歯科 医師	(常勤) 〇〇	(非常勤) 〇	薬剤師	(常勤) 〇〇	(非常勤) 〇	
	看護師	(常勤) 〇〇	(非常勤) 〇	その他	※具体的に記載してくださ					
敷 地 の 面 積	添付書類1のとおり 〇, 〇〇〇 m ²									
建 物 の 構 造 概 要	添付書類2のとおり ※平面図と実態に乖離がないようご注意ください									
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				
						〇〇〇	〇〇〇			
開 設 の 予 定 年 月 日	令和〇年〇月〇〇日									

フリガナを振ってください

保険診療ではない場合は具体的に記載して
ください(例:健康診断費用等)

※具体的に記載してくださ

- 添付書類 1 敷地の平面図及び敷地周囲の見取図
2 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。)
3 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
4 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
5 麻酔科を標榜する場合は、麻酔科標榜許可証の写し
6 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)

添付書類にもれが無い確認してください

7 その他知事が必要と認める書類
(別紙)

建物の構造概要		鉄筋 コンクリート造	X 階建	(建築面積又は 延床面積) △, △△△m ²	病室	〇〇室
施設の有無及び構造設備の概要	施設の区分		施設の有無		構造設備の概要	
	各科専門の診察室		有・無		具体的に記載してください。	
	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			