

様式第10号（第2条関係）

（その1）

（診療所の場合）

構 造 設 備 検 査 申 請 書

年 月 日

（宛先）下関市立下関保健所長

〒

住 所

申請者

氏 名

電 話 （ ）

下記のとおり診療所の構造設備の検査を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

記

施 設 の 名 称	電 話	—
所 在 地		
診 療 科 目		
対 象 設 備		
開設／変更 許可／届出 年月日等	年 月 日	第 号
使用開始予定年月日	年 月 日	

項 目	対 象 設 備	添付書類
1 立入検査が必要となる設備	病室	平面図, 病室資料
	放射線に関する構造設備(エックス線室等)	平面図, 室の構造
	手術室、集中治療室	平面図, 室の構造
	開設時の全構造設備	平面図, 病室資料
2 場合によって自主検査の対象となる設備	エックス線装置のみの変更	平面図
	手術台等、工事を伴わない手術室内部の変更	平面図
	総病床数の増や病室構造の変更を伴わない病室内病床数の変更あるいは病室間の病床の移動	平面図, 病室資料
	継承、法人化による開設で、設備の変更を伴わない場合の施設全構造設備	平面図, 病室資料
3 自主検査対象設備	診察室、処置室、臨床検査施設(MRI室、内視鏡室等を含む。)、調剤所、分娩室、新生児入浴施設、歯科治療室、歯科技工室、給食施設、消毒施設、洗濯設備	平面図, 自主使用前検査結果届出書
	療養病床設置施設の談話室、食堂、浴室、機能訓練室	
	10床以上の施設の場合、患者の使用する廊下、階段	
4 その他		

備考

- 1 用紙の大きさは、日本産業規格A列4番とする。
- 2 申請者の住所及び氏名は、法人にあっては、その主たる事務所の所在地、名称並びに代表者の役職及び氏名を記入すること。