

病院（診療所）開設許可事項中一部変更許可申請書

年 月 日

(あて先) 千葉県知事 様  
(千葉県 保健所長 様)

開設者住所（法人の場合は主たる事務所所在地）  
〒

電話 ( )

開設者氏名（法人の場合は名称、代表者職氏名）

㊟

下記のとおり開設許可事項中の一部変更を許可されたく申請します。

記

(ふりがな) 1. 名称		電 話	( )
2. 開設場所	〒		
3. 開設許可年月日及び同番号	年 月 日 ( 第 号)		

4. 変更事項 (該当するものを○で囲むこと)

- |   |
|---|
| (1) 開設の目的及び維持の方法（開設者が医師、歯科医師以外の場合）<br>(2) 医師、歯科医師、薬剤師、看護師その他の従業員の定員<br>(3) 敷地の面積及び平面図<br>(4) 建物の構造概要及び平面図<br>(5) 診療用施設（診療室、手術室、検査施設、調剤所、給食施設等）<br>(6) 病床数及び病床種別 |
|---|

5. 変更概要

6. 変更理由	
7. 変更予定年月日	年 月 日

注意：診療所は、申請あて名を所轄保健所長とすること。

添付書類 (3)、(4)及び(5)を変更する場合は平面図を添付すること。

## 変更しようとする概要 1

### 1. 敷地の面積

区 分	変 更 前	変 更 内 容		変 更 後
		減 少 面 積	増 加 面 積	
敷 地 面 積	m <sup>2</sup>	m <sup>2</sup>	m <sup>2</sup>	m <sup>2</sup>

### 2. 建物の構造概要

区 分	変 更 前	変 更 内 容		変 更 後
		取 り 壊 し 分	今 回 建 築 分	
建 築 面 積	m <sup>2</sup>	m <sup>2</sup>	m <sup>2</sup>	m <sup>2</sup>
延 床 面 積	m <sup>2</sup>	m <sup>2</sup>	m <sup>2</sup>	m <sup>2</sup>

(注) 本表は、病院の敷地面積及び床面積を変更しようとする場合に記載すること。ただし、病床数の増加を伴う変更（増築部分に病床を有する場合）については、「変更しようとする概要2」を併せ提出すること。

## 変更しようとする概要 2

### 3. 患者の入院定員

	変 更 前      A	変 更 後      B	差 引      B - A
一 般 病 床	床	床	床
療 養 病 床	床	床	床
精 神 病 床	床	床	床
結 核 病 床	床	床	床
感 染 症 病 床	床	床	床
合            計	床	床	床

(注1) 本表は、増築・用途変更等により病床数の増減を伴う変更がある場合に記載すること。

(注2) 増築に係る病室については、「各病室の概要（病院開設許可申請書の一部）」を記載し、申請書に添付すること。

(注3) 用途変更に係る病室については、「新旧対照表」・「各室の概要」を記載し、申請書に添付すること。

## 新 旧 対 照 表

変 更 箇 所	変 更 前	変 更 後	変 更 内 容

(注1) 本表は、既存建物の用途変更をしようとする場合に記載すること。

(注2) 変更箇所は、棟名・階数等を記載すること。

(注3) 変更内容は、その内容を具体的に記載すること。

(注4) 変更前の一室について一行を使用して記載すること。

## 各室の概要

建物別 名称	階別	用途 病室番号	入院 定員	一室 面積	の 積	一人当 たりの 床面積	一室直 接外 気開放 面積	機 械 換 気 の 有 無
			人		m <sup>2</sup>	m <sup>2</sup>	m <sup>2</sup>	有・無
								有・無
								有・無
								有・無
								有・無
								有・無
								有・無
								有・無

(注1) 本表は、既存建物の用途変更をしようとする場合に記載すること。

(注2) 「新旧対照表」の「変更後」に記載した一室について一行を使用して記載すること。

(注3) 「機械換気の有無」は、強制換気システムの有無を○印で表示すること。

(注4) 病室については、「病室番号」「入院定員」「一人当たりの床面積」欄を記入すること。

医師・薬剤師・看護師等勤務従事者名簿

(病院名)

平成 年 月 日 現在

資格	番号	氏名 (住所)	生年月日 (年齢)	免許番号 (免許年月日)	保健所の確認印		区分	担当 科名	勤務 曜日	勤務時間	一週間の 勤務時間数	a 常勤者の 勤務時間数	b	a/b	現在の勤務場所名 (非常勤は必ず記載)	備考
					免許証 原本	謄本										
		( )	( )	( )			非・常			~						
		( )	( )	( )			非・常			~						
		( )	( )	( )			非・常			~						
		( )	( )	( )			非・常			~						
		( )	( )	( )			非・常			~						
		( )	( )	( )			非・常			~						
		( )	( )	( )			非・常			~						
		( )	( )	( )			非・常			~						
		( )	( )	( )			非・常			~						
		( )	( )	( )			非・常			~						

※ 保健所の確認印は、原本又は、病院で保管している保健所等で原本照合済の謄本により確認すること。また、その確認した項目欄に押印すること。  
 ※ a/b欄…非常勤従事者が複数いる場合には、非常勤従事者全員の1週間の勤務時間を積み上げたうえで、当該病院の従事者の通常の勤務時間により換算すること。  
 ※ a/b欄…医師以外の他の非常勤従事者が複数いる場合には、非常勤の従事者全員換算後値を積み上げること。