**診療所病床設置届**

年　　月　　日

（あて先）

　一宮市保健所長

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 開設者 | 住　　所 |  |
|  | 氏　　名 |  |
|  | （法人にあっては、名称及び代表者の職・氏名） |

次のとおり、診療所の病床を設置しました。

１　名称等

|  |  |
| --- | --- |
| 名　　　　称 |  |
| 所　 在 　地 |  |
| 診療科名 |  |

２　設置年月日

|  |
| --- |
| 年　　　月　　　日 |

３　設置許可を要しない理由

|  |
| --- |
|  |

４　病床種別及び病床数

|  |  |
| --- | --- |
| 総病室病床数 | 室　　　　　　　　床 |
| 病 棟 名及び階数 | 病 床種 別 | 室番号 | 病床数 | 床面積 | １床当たりの床面積 | 採光面積 | 直接外気開放面積 | 病 棟 名及び階数 | 病 床種 別 | 室番号 | 病床数 | 床面積 | １床当たりの床面積 | 採光面積 | 直接外気開放面積 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

 ※１　病床種別には、療養病床又は一般病床の別を記入すること。

 ※２　直接外気解放面積には、機械換気設備により換気する場合は、その旨を記入すること。

備考

　１　３については、居宅等における医療、へき地医療、小児医療、周産期医療等の理由を記載すること。