

診療所開設許可申請書 (記入例)

令和 年 月 日

神戸市保健所長 あて

※ 開設者情報は、定款と合わせてください。

開設者住所 神戸市中央区加納町6丁目5番1号
(法人にあっては主たる事務所の所在地)

領収印

18,000円

開設者氏名 医療法人神戸 理事長 神戸 純
(法人にあっては名称及び代表者の職氏名)

次のとおり診療所を開設したいので、医療法第7条第1項の規定に基づき申請します。

※ 診療所名称・所在地は定款と合わせてください。
医療法人名を冠さない場合は、名称に関する理由書を添付してください。

1	診療所に関する事項 ※名称、所在地は定款に記載どおりのものを	ふりがな	いりょうほうじんかんべ かんべしんりょうじょ									
		名称	医療法人神戸 神戸診療所									
		所在地	神戸市中央区加納町6丁目5番1号 神戸市役所ビル 20階 TEL (078) 322-6797									
		診療日 診療時間	診療時間	日	月	火	水	木	金	土	備考	
		○診療 ／休診	午前 8:45~12:00	／	○	○	○	○	○	／		
			午後 13:00~17:30	／	○		○	○	○	／		
	診療科目	内科										
	病室の有無	有 (床) ・ <input checked="" type="checkbox"/> 無										
2	管理者に関する事項	ふりがな	かんべ じゅん									
		氏名	神戸 純									
		住所	神戸市中央区加納町									
		同時に2つの診療所または病院を管理する	イ <input checked="" type="checkbox"/> 該当なし <input type="checkbox"/> 該当あり									
3	従業者の定員	施設名称										
		医師	歯科医師	薬剤師	看護師	准看護師	歯科衛生士					
		2		4								
4	開設予定年月日	令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日										

※ 所在地は、「神戸市」以下の住所を記入してください。

※ 診療時間は、省略せずに記入してください。
欄内に記載し切れない場合は、別紙添付でも可。

※ 原則、同時に2つの診療所を管理することはできません。兼務が必要な場合は事前に許可が必要となりますので、医務課に相談してください。

※ 医師が常時3名以上勤務する診療所において、専属薬剤師を置かない場合、別途「診療所専属薬剤師免除許可申請書」が必要です。(シフト制等により3人以上にならない場合を除く)

※ 日数に余裕をもって申請してください。
(標準処理期間は25営業日です)

5	診療に従事する医師・歯科医師 ※管理者も含めて記入	氏名	担当診療科目	勤務日時	備考	
		神戸 純	内科	月火水木金：8：45～17：30		
		六甲 翼	内科	火金：13：00～17：30		
		<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px auto; width: fit-content;"> <p>※ 常勤・非常勤問わず記載してください。</p> <p>※ 管理者は常勤である必要があります。</p> <p>【常勤の定義】</p> <p>① 1週間の診療時間が32時間以上：32時間</p> <p>② 1週間の診療時間が32時間未満：診療時間すべて</p> </div>				
6	薬剤師					
7	開設者に関する事項 ①②③は必ず記入	① 住 所（法人の場合は主たる事務所の所在地） 神戸市中央区加納町6丁目5番1号 TEL (078) 322 - 6797				
		②氏 名（法人の場合は名称及び代表者職氏名） ふりがな いりょうほうじんかんべ りじちょう かんべじゅん 医療法人神戸 理事長 神戸 純				
		③ 開設の目的：地域医療に貢献するため 維持の方法：保険診療報酬による				
	④医師以外の個人が開設するとき記入	④ 個人開設	現に開設・管理勤務している病院、診療所または助産所	名 称 所在地		
		⑤法人が開設するとき記入	現に開設している病院、診療所または助産所 (いづれかに○を付すること)	名 称 所在地		
	⑤ 法人開設		イ <input checked="" type="checkbox"/> 該当なし	名 称 所在地		
			ロ <input type="checkbox"/> 該当あり (右欄記入のこと)	名 称 所在地	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px auto; width: fit-content;"> <p>※ 該当ありの場合、すべての施設について記載してください。</p> <p>※ 名称・所在地は、定款と合わせてください。</p> </div>	
			定款・寄付行為・条例等	別紙のとおり		

面積欄の数値をフロアごと集計し、各フロアの合計値を記載してください。

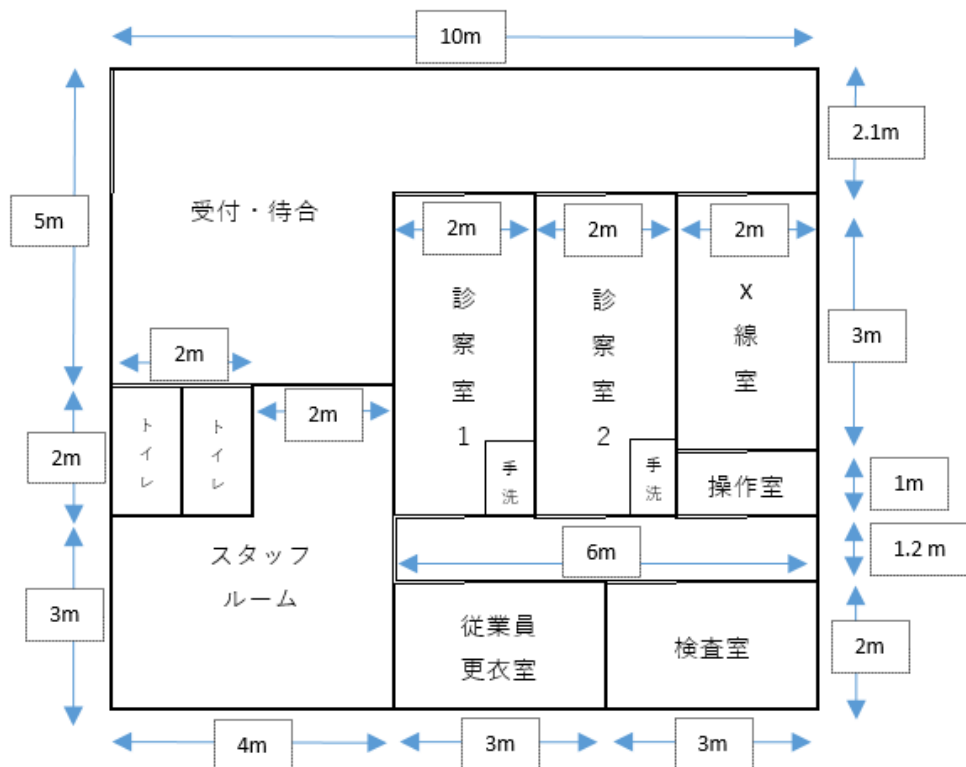
8	建物の構造設備の概要 ※診療所の設備について全て記載してください 病室以外	主要建物の構造 SRC造 24階建 (内診療所部分 20 階)			
		20 階 99.8 m ² 、 - 階 - m ² 、 - 階 - m ² 合計 99.8 m ²			
		用途・室名	面積(m ²)	構造概要	主な設備・器具
		受付・待合室	32.6	床 長尺シート 壁 ビニールクロス 天井 化粧石膏ボード 照明 蛍光灯40W	椅子
		診察室 1	10.0	〃	診察用ベッド、 机、椅子、手洗
		診察室 2	10.0	〃	診察用ベッド、 机、椅子、手洗
		X線室	6.0	床 Pタイル貼 壁 ビニールクロス 天井 化粧石膏ボード 照明 蛍光灯 60W	エックス線装置
		操作室	2.0	〃	操作盤、パソコン
		検査室	6.0	〃	心電図、ベッド
		トイレ	4.0	床 長尺シート 壁 ビニールクロス 天井 化粧石膏ボード 照明 蛍光灯40W	
		従業員更衣室	6.0	床 長尺シート 壁 ビニールクロス 天井 化粧石膏ボード 照明 蛍光灯40W	
		スタッフルーム	16.0	床 フローリング 壁 ビニールクロス 天井 化粧石膏ボード 照明 蛍光灯40W	
	その他 (廊下等)	7.2	床 長尺シート 壁 ビニールクロス 天井 化粧石膏ボード 照明 蛍光灯40W		
構造設備上の参考事項					
X線装置の概要	<input type="checkbox"/> エックス線装置なし <input checked="" type="checkbox"/> エックス線装置あり (エックス線室 1 室、エックス線装置 1 台) ※詳細は別紙1～3に記載のこと。なお、複数のエックス線室がある場合は別紙2、3は室ごとに作成のこと。				

8 建物の構造の概要 (病室等)	階	室番号	床面積㎡	採光面積㎡	開放面積	病床数	1床あたりの床面積㎡	備考 (病床種別)
階	階段				廊下			
	幅	蹴上(高さ)	踏面(奥行き)	手すり	幅	手すり		
	m	cm	cm	有・無	m	有・無		
	m	cm	cm	有・無	m	有・無		
	m	cm	cm	有・無	m	有・無		
※面積及び廊下、階段については実測値を記入のこと。床面積は固定した棚などは含めず、内法で記載すること。面積は小数点第2位まで記載すること(第3位切り捨て)。								
9	敷地面積	99.8 m ² (m ²)						
敷地平面図 (別紙添付可)								
①一戸建ての場合は、敷地内での診療所の配置が分かる敷地平面図								
②テナントビルに入居の場合は、入居フロア全体の平面図(敷地面積については診療所の面積を記入)								
20階 平面図								

- 10 敷地周囲の見取図（別紙添付可）
 診療所周辺の建物等がわかる平面図（住宅地図等）



- 11 建物の平面図（別紙添付可）
 診療所の室名及び設備等が確認できる平面図（寸法を記入）
 診療の用に供する階全ての平面図



履 歴 書

本 籍	兵庫県		
現住所	神戸市中央区加納町 6 - 5 - 1		
氏 名 (ふりがな)	神戸 純 (かんべ じゅん)		
生年月日	昭和〇〇年〇月〇日生		
履 歴 事 項 (学 歴 ・ 職 歴)	〇〇年〇〇月〇〇日	〇〇医科大学 入学	
	〇〇年〇〇月〇〇日	〇〇医科大学 卒業	
	〇〇年〇〇月〇〇日	◇◇病院勤務	
	〇〇年〇〇月〇〇日	◇◇病院退職	
	〇〇年〇〇月〇〇日	▽▽病院勤務	
	〇〇年〇〇月〇〇日	▽▽病院退職	
	〇〇年〇〇月〇〇日	神戸診療所 勤務 管理者就任 (予定)	
	年 月 日		
	年 月 日		
	年 月 日		
	年 月 日		
	賞 罰	なし	
免許登録種別 (○を付する)	<input checked="" type="checkbox"/> 医籍登録	<input type="checkbox"/> 歯科医籍登録	<input type="checkbox"/> 薬剤師登録 <input type="checkbox"/> 助産師登録
免許登録年月日・番号	〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日 第 * * * * * 号		
上記のとおり相違ありません。			
令和〇〇年〇〇月〇〇日			
氏名 神戸 純			

履歴は大学から、記入してください。

他の病院、診療所等に勤務している場合は、履歴中に必ずその旨記入してください。
退職した場合も「退職」と記入してください。

開設予定の診療所について、
『〇年〇月〇日 △△診療所 開設・管理者就任予定 (または勤務予定)』等
記入してください。

※履歴は大学から記入のこと。

※管理者となる医師については平成16年4月1日以降、
歯科医師については平成18年4月1日以降の免許登録の
場合、臨床研修修了登録証写を添付のこと。

エックス線装置の製作者名及び形式				
診療室名	製作者名	型式	定格出力	用途
X線室	株〇〇	K12345-789	〇〇kV	直接撮影

※エックス線装置全体の概略が分かるように記入すること。

※エックス線診療室内に複数のエックス線装置を備え付けた場合、装置毎に届出が必要である。なお、この場合エックス線装置の使用条件等を具体的に記載し、2台以上の装置から患者に同時照射できないようにする装置を設けること。

放射線診療に従事する医師、歯科医師、診療放射線技師又は 診療エックス線技師の氏名及びエックス線診療に関する経歴		
職 種	氏 名 (生年月日)	経 歴
医 師	神戸 純 (〇年〇月〇日)	免許取得年月日：〇年〇月〇日 免許証番号：第*****号

注) 経歴の欄は、免許の種類、免許取得年月日、免許証の番号を記入すること。

(第1種放射線取扱主任者、放射線管理士等を取得している場合はその旨を記載すること)

X線室が複数ある場合、室ごとに作成してください

別紙2

診療用エックス線装置に関する事項	
製作者名	株〇〇
型式（製造年月）	K12345-678型 (平成・令和) 〇年 〇月
定格出力	整流方式 <input type="checkbox"/> 単相全波 <input type="checkbox"/> 三相全波 <input checked="" type="checkbox"/> インバーター 連続 K V m A 短時間 〇〇 K V 〇〇 m A 〇〇 Sec
	蓄電式 K V μ F
用途	<input checked="" type="checkbox"/> 直接撮影 <input type="checkbox"/> 断層撮影 <input type="checkbox"/> C T <input type="checkbox"/> 胸部集検用間接撮影 <input type="checkbox"/> 口腔内撮影用 <input type="checkbox"/> 歯科用パノラマ <input type="checkbox"/> 骨塩定量分析 <input type="checkbox"/> 透視用 <input type="checkbox"/> 乳房撮影 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 移動用 (直接、透視)
薬機法による承認番号	第 ***** 号

エックス線診療室のエックス線障害防止に関する構造設備の概要						
エックス線診療室の名称		X線室	診療室の標識		<input checked="" type="checkbox"/> 有 ・ 無	
診療室の防護の概要		構造	材料	厚さ		
	天井	耐火構造	<input checked="" type="checkbox"/> コンクリート ・ <input type="checkbox"/> その他 (鉛板)	18 cm	1.5 mmpb	
	床	耐火構造	コンクリート ・ <input type="checkbox"/> その他 (鉛板)	18 cm	1.5 mmpb	
	周囲の画壁等	東	耐火構造	コンクリート ・ <input type="checkbox"/> その他 (鉛板)	cm	1.5 mmpb
		西	耐火構造	コンクリート ・ <input type="checkbox"/> その他 (鉛板)	cm	1.5 mmpb
		南	耐火構造	コンクリート ・ <input type="checkbox"/> その他 (鉛板)	cm	1.5 mmpb
		北	耐火構造	コンクリート ・ <input type="checkbox"/> その他 (鉛板)	cm	1.5 mmpb
		監視用窓	不燃材	コンクリート ・ <input type="checkbox"/> その他 (含鉛ガラス)	cm	1.5 mmpb
		出入り口の扉	不燃材	コンクリート ・ <input type="checkbox"/> その他 (鉛板入扉)	3.5 cm	1.5 mmpb
	その他の開口部	なし	コンクリート ・ その他 ()	cm	mmpb	
使用中の表示			<input checked="" type="checkbox"/> 有 ・ 無			
画壁外側の実効線量が1mSv/週以下となる措置			<input checked="" type="checkbox"/> 有 ・ 無			
診療用放射線照射装置の（器具）の使用			有 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 無			
操作室の有無		<input checked="" type="checkbox"/> 有 ・ 無 (操作する場所は撮影室と画壁等で区分が必要)				
操作場所をエックス線診療室に設ける場合（該当する使用事項があればチェックすること） 理由 <input type="checkbox"/> 乳房撮影又は近接透視撮影等で患者の近傍で撮影 <input type="checkbox"/> 使用時において1m離れた場所における線量が6μSv/h以下となる構造の骨塩分析用装置 <input type="checkbox"/> 使用時において機械表面の線量が6μSv/h以下となる構造の輸血用血液照射装置 <input type="checkbox"/> 組織内照射治療を行う場合 <input type="checkbox"/> 歯科用デンタルで1週間につき1000mA/秒以下で撮影 防護処置の概要						

エックス線診療室のエックス線障害防止に関する予防措置の概要						
使用時間の記帳の必要		有 ・ <input type="checkbox"/> 無				
放射線障害の防止に必要な注意事項の掲示	患者用	<input type="checkbox"/> 有 ・ 無				
	従事者用	<input type="checkbox"/> 有 ・ 無				
管理区域	管理区域を設ける場所	別添図面のとおりに				
	境界における実行線量が1.3mSv/3月以下となる措置	<input type="checkbox"/> 有 ・ 無				
	管理区域の標識	<input type="checkbox"/> 有 ・ 無				
	立入制限措置	<input type="checkbox"/> 有 ・ 無				
敷地内居住区域及び敷地の境界における実効線量が250μSv/3月以下となる措置		<input type="checkbox"/> 有 ・ 無				
入院患者（診療により被ばくする放射線を除く）の実行線量が1.3mSv/3月以下となる措置		<input type="checkbox"/> 有 ・ 無				
放射線障害が発生するおそれのある場所の測定		<input type="checkbox"/> 有 ・ 無				
従事者の被ばく防止用器具		<input type="checkbox"/> 有 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td>防護エプロン</td> <td rowspan="2">その他</td> <td rowspan="2">無</td> </tr> <tr> <td></td> </tr> </table> <input type="checkbox"/> 無	防護エプロン	その他	無	
防護エプロン	その他	無				
個人被ばく線量で不均等被ばくの可能性		有 ・ <input type="checkbox"/> 無				
使用場所の制限（該当する使用事項があればチェックすること） <input type="checkbox"/> エックス線診療室で診療用放射線照射装置、照射器具の使用 エックス線診療室以外で使用する場合 <input type="checkbox"/> 特別の理由により移動して使用 <input type="checkbox"/> 在宅医療においてエックス線装置を使用 <input type="checkbox"/> 診療用高エネルギー放射線発生装置、診療用放射線照射装置による体外照射の位置決定 <input type="checkbox"/> 診療用放射線照射装置又は照射器具を患者の体内に挿入すべき部位の決定 <input type="checkbox"/> 診療用放射性同位元素を投与した患者の画像診断の精度向上のため、CT装置の吸収補正 <input type="checkbox"/> 診療用放射性同位元素を投与した患者の核医学画像との重ね合わせのためのCT装置 <input type="checkbox"/> 移動用CTを手術室で使用 <input type="checkbox"/> 移動型透視用エックス線装置の使用（使用用途にチェックすること） <input type="checkbox"/> 術中、術後に手術室で使用 <input type="checkbox"/> CTアンギオグラフィーで使用 <input type="checkbox"/> 診療用高エネルギー放射線発生装置 <input type="checkbox"/> 診療用放射線照射装置・器具による治療の位置決定 <input type="checkbox"/> 陽電子断層撮影診療用放射性同位元素使用室で使用（陽電子—CT複合装置） 移動型及び携帯型エックス線装置を備えた場合のエックス線装置保管場所 ・保管場所（ ） ・保管場所の施錠（ 有 ・ 無 ） エックス線装置をエックス線診療室以外の場所で使用する場合の適切な防護の方法 別途、以下の書類を添付してください。 ・エックス線室詳細図（立面、平面） ※装置の位置、操作盤、使用中の表示、管理区域標識、患者及び従業者注意書の掲示位置を記載 ※隣室名、上下階についても記載 ・遮蔽計算書						