

病 院 診療所 構造設備検査申請書 助産所

(※該当しない項目を二重線で消してください)

(宛先)
広島市保健所長

開設者住所 _____
(電話)

氏名 _____
(法人にあつては主たる事務所の所在地、法人の名称及び代表者の職氏名)

病 院
診療所の構造設備の検査について、医療法第27条の規定により申請します。
助産所

名 称	
所 在 地	広島市 区 (電話) (FAX) (E-mail)
検 査 の 種 別	<input type="checkbox"/> 申請者の自主検査による場合 <input type="checkbox"/> その他の場合
検 査 を 受 け よ う と す る 事 項	
使 用 開 始 予 定 年 月 日	年 月 日
検 査 希 望 年 月 日	(申請者の自主検査による場合は記入不要) 年 月 日
担当者所属・氏名等	(電話)

※ 軽微な誤記、明らかな誤字脱字、記載漏れ等は、市が訂正・追記します。(承諾されない方はお申し出ください。)

(添付書類)

- 1 検査を受けようとする構造設備の平面図(各室の用途、病室においては室名、病床種別、病床数を明示したもの)
- 2 申請者の自主検査にあつては、自主検査結果の届出書

◎ここから下には記入しないでください。

(書類審査・施設検査)

受付印	審査・検査年月日	審査・検査者	許可年月日	特記事項		
	施設基準等 適・否		指令番号 広島市指令保環特第 号			
	(受付) 係	(伺い) 係	係長	課長	照合	公印