

病院・診療所（巡回健診・診療）開設許可申請書

令和 年 月 日

(宛先) 寝屋川市保健所長

開設者住所

氏名

電話 ()

(法人の場合は主たる事務所の所在地、名称、代表者職・氏名)

下記のとおり（巡回健診・診療）開設したいので医療法第7条第1項及び同法施行規則第1条の14第1項の規定により申請します。

開設主体となる医療機関の内容

1 名 称	(フリガナ)			
2 開設の場所	所 在 地	〒		
	電 話		F A X	
3 管 理 者	自宅住所	〒		
	氏 名	電 話 : ()		
4 定款又は寄付行為、条例等 (別添のとおり)				

【添付書類】

- ☐ 管理者の医師免許証の写し（原本持参）
- ☐ 管理者の臨床研修修了登録証の写し、又は臨床研修修了登録証の写し及び再教育研修修了登録証の写し（原本持参）
- ☐ 管理者の履歴書
- ☐ 移動健診等施設を用いる場合は、構造設備の概要
- ☐ 定款又は寄付行為、条例等を添付すること。

※臨床研修修了登録証の写しは、平成16年4月1日以後に医師免許を受けた者又は平成18年4月1日以後に歯科医師免許証を受けた者について添付が必要

保健所受付印	手数料収納済印

巡回健診等に関する内容

5 診療科目						
6 実施予定年月日 及び診療時間						
7 実施場所の 住 所						
8 実施対象者及び 実施予定人数						
9 実施の目的						
10 健康診断・予防 接種・採血の項目						
11 健診費用の 徴収方法						
12 巡回健診に従事 する者の数	医師	歯科医師	診療放射線 技師	看護師	その他の 従事者	免許証の 確認
						☐
13 移動健診等施設の 構造設備の概要	別添のとおり 台数： (具体的に) (健診車平面図・自動車検査証の写しを添付すること)					
14 実施主体の医療機関における通常の診療に支障が生じていないこと。					適・不適	
15 衛生上、防火上及び保安上安全と認められる場所を選定し、清潔保持および医療安全に留意していること。					適・不適	

12 については、巡回健診等に従事する医療従事者の免許証等の確認を行い、確認できている場合は□にレ点を記入すること。

14, 15 については、適または、不適の該当するものに○をすること。