

様式第1号(第2条関係)

地域医療支援病院名称承認申請書

年 月 日

(宛先)静岡県保健所長

開設者
住所 (法人にあつては、その主たる事務所の所在地)
氏名 (法人にあつては、その名称及び代表者の職氏名)
電 話

次のとおり地域医療支援病院の名称の承認を受けたいので、医療法第4条第1項の規定により申請します。

地域医療支援病院の名称						
開設の場所						
病床数	精神	感染症	結核	療養	一般	計
	床	床	床	床	床	床
集中治療室	(主な設備)					病床数 床
化学検査室	(主な設備)					
細菌検査室	(主な設備)					
病理検査室	(主な設備)					
病理解剖室	(主な設備)					
研究室	(主な設備)					
講義室	室数	室	収容定員	人		

図 書 室	室数 室 蔵書数 冊程度
救急用又は患者輸送用自動車	(主な設備) 保有台数 台
医薬品情報管理室	(専用室の場合)床面積 m ² (共用室の場合)床面積 m ² 室と共用

(注)

- 1 主な設備は、主たる医療機器、研究用機器、教育用機器等を記入してください。
- 2 次に掲げる書類を添付してください。
 - (1) 他の病院又は診療所から紹介された患者に対し医療を提供する体制が整備されていることを証する書類
 - (2) 当該病院において、共同利用のための体制が整備されていることを証する書類
 - (3) 救急医療を提供する能力を有することを証する書類
 - (4) 地域の医療従事者の資質の向上を図るための研修を行わせる能力を有することを証する書類
 - (5) 診療並びに病院の管理及び運営に関する諸記録の管理方法に関する書類
 - (6) 病院の管理及び運営に関する諸記録の閲覧方法に関する書類
 - (7) 医療法施行規則第9条の19第1項の委員会の委員名簿並びに委員の就任承諾書及び履歴書
 - (8) 建物の平面図(各室の用途並びに病室の室番号及び病床数を明示したもの)