

島原地域広域市町村圏組合
消 防 長 様

申請者
住所
氏名

消防法施行令別表第1(6)項イ(1)から(4)に関する防火対象物の施設等の状況について、下記のとおり報告します。

記

・防火対象物の名称

チェック欄	施設別	病 床 数	診 療 科 名	職 員 数 (※1)	判 定 (※2)
<input type="checkbox"/>	病 院	<input type="checkbox"/> 一般病床 床 <input type="checkbox"/> 療養病床 床 <input type="checkbox"/> 精神病床 床 <input type="checkbox"/> 感染症病床 床 <input type="checkbox"/> 結核病床 床	<input type="checkbox"/> 特定診療科名 (下記の13科名以外) ・ ・ ・ <input type="checkbox"/> 次に掲げる診療科名のみ ・ 肛門外科・乳腺外科・形成外科・美容外科 ・ 小児科・皮膚科・泌尿器科・産科・婦人科 ・ 産婦人科・眼科・耳鼻いんこう科・歯科	(1) 職員の総数 _____ 名 (最も職員が少ない時間帯に勤務している職員数で宿直勤務者を含む総数) ・ 医師 _____ 名 ・ 看護師 _____ 名 ・ 事務職員 _____ 名 ・ その他の職員 _____ 名 (2) 宿直勤務者を除いた職員数 _____ 名	(6) 項イ (1) ・ (3)
<input type="checkbox"/>	診 療 所	<input type="checkbox"/> 4床以上 <input type="checkbox"/> 3床以下 (許可病床数が4以上であっても1日平均入院患者1未満は、3床以下の病床数とみなします。) <input type="checkbox"/> 0床	<input type="checkbox"/> 特定診療科名 (下記の13科名以外) ・ ・ ・ <input type="checkbox"/> 次に掲げる診療科名のみ ・ 肛門外科・乳腺外科・形成外科・美容外科 ・ 小児科・皮膚科・泌尿器科・産科・婦人科 ・ 産婦人科・眼科・耳鼻いんこう科・歯科	/	(6) 項イ (2) ・ (3) ・ (4)
<input type="checkbox"/>	助 産 所	<input type="checkbox"/> 病床あり <input type="checkbox"/> 病床なし	/	/	(6) 項イ (3) ・ (4)

※1 職員数を記入してください。

また、その他の職員とは、歯科医師、助産師、薬剤師、准看護師、その他病院に勤務する職員をいいます。

※2 判定欄は記入しないでください。