診療施設の見取り図（別添１）		
施設	名　称	
	所在地	〒 TEL　（　　）　　FAX　（　　）

床面の種類	
面　積　㎡	
備　考	

注）診療に関する全ての部屋の見取り図と、器具、器械の配置を明示すること

エックス線診療室等の遮蔽物等の配置状況（別添２）	
名　称	
レントゲン装置を設置してある室だけを記載してください 室の大きさ、装置から壁までの距離等を明記してください	
床面の種類	
面　積　㎡	
備　考	