

(回答先) 静岡県健康福祉部医療局地域医療課 宮田 宛て

## 令和6年度 医療施設等スプリンクラー等施設整備事業要望調査

貴院において、令和6年度に補助制度によるスプリンクラー等整備を希望される場合は、以下について御回答ください。(期限内に御回答がない場合は、要望なしとして扱います。期限内の回答が難しい場合は別途御連絡ください。)

問1 貴院の名称等について御回答ください。

施設名	
開設者名	
施設所在地	〒
病床・入所数	床

問2 貴院のスプリンクラーの設置状況について御回答ください。

設置義務		設置		令和6年度中の整備計画	
有	無	済	未	有	無

問3 貴院のスプリンクラーの整備計画について御回答ください。

施設名(棟名)	新設するスプリンクラーの種類(※1)	消火ポンプユニットの新規整備(※2)		延床面積
		有	無	m <sup>2</sup>
		有	無	m <sup>2</sup>
		有	無	m <sup>2</sup>

※1 「通常型」、「水道連結型」、「パッケージ型」、「消防法施行令第32条適用設備」から該当するものを選択し記載してください。

※2 「通常型」、「水道連結型」の場合には、消火ポンプユニットの新規整備の有無を御回答ください。

問4 貴院の自動火災報知設備(※3)の設置状況について御回答ください。

設置義務		設置		令和6年度中の整備計画	
有	無	済	未	有	無

※3 自動火災報知設備は、「消防法施行令の一部を改正する政令等の運用について(通知)」(平成26年3月28日消防予第118号)4(2)に該当している施設が自動火災報知設備を新設する case に限ります。

事業担当者

担当者職氏名	
電話番号	
e-mail	

質問は以上です。ありがとうございました。

## 令和6年度 医療施設等スプリンクラー等施設整備事業要望調査

貴院において、令和6年度に補助制度によるスプリンクラー等整備を希望される場合は、以下について御回答ください。(期限内に御回答がない場合は、要望なしとして扱います。期限内の回答が難しい場合は別途御連絡ください。)

問1 貴院の名称等について御回答ください。

施設名	〇〇診療所
開設者名	医療法人社団▲▲
施設所在地	〒420-8601 静岡市葵区追手町9-6
病床・入所数	19床

問2 貴院のスプリンクラーの設置状況について御回答ください。

設置義務		設置		令和6年度中の整備計画	
<input checked="" type="radio"/> 有	<input type="radio"/> 無	<input type="radio"/> 済	<input checked="" type="radio"/> 未	<input checked="" type="radio"/> 有	<input type="radio"/> 無

問3 貴院のスプリンクラーの整備計画について御回答ください。

施設名(棟名)	新設するスプリンクラーの種類(※1)	消火ポンプユニットの新規整備(※2)		延床面積
A棟	通常型	<input type="radio"/> 有	<input checked="" type="radio"/> 無	300.5 m <sup>2</sup>
B棟	水道連結型	<input checked="" type="radio"/> 有	<input type="radio"/> 無	250.0 m <sup>2</sup>
C棟	パッケージ型	<input type="radio"/> 有	<input type="radio"/> 無	200.0 m <sup>2</sup>

※1 「通常型」、「水道連結型」、「パッケージ型」、「消防法施行令第32条適用設備」から該当するものを選択し記載してください。

※2 「通常型」、「水道連結型」の場合には、消火ポンプユニットの新規整備の有無を御回答ください。

問4 貴院の自動火災報知設備(※3)の設置状況について御回答ください。

設置義務		設置		令和6年度中の整備計画	
<input checked="" type="radio"/> 有	<input type="radio"/> 無	<input checked="" type="radio"/> 済	<input type="radio"/> 未	<input type="radio"/> 有	<input checked="" type="radio"/> 無

※3 自動火災報知設備は、「消防法施行令の一部を改正する政令等の運用について(通知)」(平成26年3月28日消防予第118号)4(2)に該当している施設が自動火災報知設備を新設する場合があります。

事業担当者

担当者職氏名	施設課 〇〇
電話番号	054-221-1234
e-mail	<a href="mailto:aabbcc@pref.shizuoka.lg.jp">aabbcc@pref.shizuoka.lg.jp</a>

質問は以上です。ありがとうございました。