

**診療所
管理者兼任許可申請書
助産所**

年 月 日

(宛先)
大津市保健所長

開設者 住所 _____

氏名 _____

電話番号 _____

(法人にあつては、主たる事務所の所在地、名称及び代表者の氏名)

次のとおり診療所（助産所）の管理の兼任について許可を受けたいので、医療法第12条第2項の規定により申請します。

管理者の住所及び氏名	住所				
	氏名	(フリガナ)			
区 分	名称	所在地	診療科名	病床数	従業者の定員
現に管理している病院、診療所又は助産所					医師 名 歯科医師 名 助産師 名 計 名
新たに管理する診療所又は助産所					医師 名 歯科医師 名 助産師 名 計 名
2以上の診療所又は助産所を管理する理由					
管理する診療所又は助産所相互間の距離及び連絡に要する時間	距離				
	時間				

注 用紙の大きさは、日本産業規格A列4番とします。