

**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。