

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

(法人にあっては、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 1 2 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
						名
						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
						名
						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					
法第 1 2 条第 2 項各号のうち該当する規定		法第 1 2 条第 2 項第 号に該当				

注 用紙の大きさは、日本産業規格 A 列 4 番とします。