

## 2 か所以上の助産所管理許可申請

年 月 日

(宛先) 秋田市保健所長

開設者 千 一  
住 所 \_\_\_\_\_

(ふりがな)

氏 名 \_\_\_\_\_

(法人であるときは、主たる事務所の所在地、名称および代表者の氏名)

(電 話 : \_\_\_\_\_ )

2 か所以上の助産所を管理させたいので、医療法第 12 条第 2 項の規定により申請します。

### 1 管理者にしようとする者の住所および氏名

(1) 住所 \_\_\_\_\_  
(ふりがな)

(2) 氏名 \_\_\_\_\_ (電話 : \_\_\_\_\_ )

### 2 現に管理している助産所に関する事項 (※ 別紙のとおり)

- (1) 名称および所在地
- (2) 入所室の入所定員
- (3) 従業者の定員
- (4) 勤務の日および勤務時間

### 3 新たに管理させようとする助産所に関する事項 (※ 別紙のとおり)

- (1) 名称および所在地
- (2) 入所室の入所定員
- (3) 従業者の定員
- (4) 勤務の日および勤務時間

### 4 新たに管理させようとする理由

### 5 管理している助産所と新たに管理させようとする助産所との距離、連絡 (移動) に要する時間および方法 (※ 別紙のとおり)

[添付書類]

管理者の就任承諾書、履歴書および若しくは免許証の写し

新たに管理させようとする施設との対比表

別 紙

分 区	新たに管理させようとする施設	現 に 管 理 し て い る 施 設
名 称		
所 在 地	〒 ー	〒 ー
入所室および 入所定員	・ : : 人 人 人	・ : : 人 人 人
診 療 日 および診療時間		
従業者の定員	・助産師 : 名 : : : 名 : : 名	・助産師 : 名 : : : 名 : : 名
管理する施設相互の 距離、連絡に要する 時間および方法	・距 離 : ・連絡に要する時間 : ・連 絡 方 法 :	
備 考		