

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 干 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

区 分	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 名 ・ : 名 名	・ 助産師 : 名 ・ : 名 ・ : 名 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		