

2 か所以上の診療所管理許可申請

年 月 日

(宛先) 秋田市保健所長

開設者 〒 ー
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 か所以上の診療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 現に管理している診療所に関する事項・・・別紙のとおり

- (1) 名称および所在地
- (2) 診療科名および病床数
- (3) 従業者の定員
- (4) 診療日および診療時間

3 新たに管理させようとする診療所に関する事項・・・別紙のとおり

- (1) 名称および所在地
- (2) 診療科名および病床数
- (3) 従業者の定員
- (4) 診療日および診療時間

4 新たに管理させようとする理由 (医療法第 12 条第 2 項第 号に該当)

5 管理している診療所と新たに管理させようとする診療所との距離、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

(臨床研修修了医師 (歯科医師) は臨床研修修了登録証の写しも併せて添付)

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
診 療 科 名		
病 床 数	・ ・ ・ 床 床 床	・ ・ ・ 床 床 床
診 療 日 および診療時間		
従業者の定員	・ 医 師 : 名 ・ 薬剤師 : 名 ・ 看護師 : 名 ・ 歯科医師 : 名 ・ 助産師 : 名 ・ その他 : 名	・ 医 師 : 名 ・ 薬剤師 : 名 ・ 看護師 : 名 ・ 歯科医師 : 名 ・ 助産師 : 名 ・ その他 : 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		