

病院・診療所・助産所施設使用許可申請書

年 月 日

(あて先)

一 宮 市 保 健 所 長

開設者 住 所

氏 名

(法人にあつては、名称、代表者の氏名及び主たる事務所の所在地)

病 院
次の 診療所 の施設を使用することを許可してください。
助産所

1 施設の名称等

名 称	
所 在 地	
診 療 科 目	
管理者氏名	

2 許可を受けようとする施設の許可・届出の状況

年 月 日付け	第 号	で開設許可を受けた施設
年 月 日付け	第 号	で開設許可事項の一部変更許可を受けた施設
年 月 日付け	第 号	で開設届をした施設
年 月 日付け	第 号	で開設届出事項の一部変更届をした施設

3 実地検査に代えて自主検査によることの申出の有無

有 ・ 無

※ 実地検査に代えて自主検査によることの申出の有無の欄は、該当するものを○で囲み、有の場合は、自主検査の結果を記載した書類を添付すること。