**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 |  |
|  | （法人にあっては、名称及び代表者の職・氏名） | |

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、該当するものを〇で囲み、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。