**病院・診療所・助産所2か所以上管理許可申請書**

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） |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 次のとおり、２か所以上の | 病院診療所助産所 | の管理をすることを許可してください。 |

１　２か所以上の管理をする医師、歯科医師又は助産師

|  |  |
| --- | --- |
| 氏　　　　　　　　名 |  |
| 住　　　　　　　　所 |  |

２　現在管理している病院、診療所又は助産所

|  |  |
| --- | --- |
| 名　　　　　　　　称 |  |
| 所在地 |  |
| 診療科目 |  |
| 病床数（入所定員） |  |
| 従業員の現員 |  |
| 過去１年間の１日平均患者数又は入所者数 | 入　院（　　　人）・外　来（　　　人）・計（　　　人） |

３　新たに管理する病院、診療所又は助産所

|  |  |
| --- | --- |
| 名称 |  |
| 所在地 |  |
| 診療科目 |  |
| 病床数（入所定員） |  |
| 従業員の現員 |  |
| 施設の概要 |  |
| 過去１年間の１日平均患者数又は入所者数 | 入　院（　　　人）・外　来（　　　人）・計（　　　人） |

４　管理する病院、診療所又は助産所相互間の状況

|  |  |
| --- | --- |
| 距離 |  |
| 連絡に要する時間 |  |
| 連絡方法 |  |
| 現在管理している病院、診療所又は助産所の診療日及び診療時間 |  |
| 新たに管理する病院、診療所又は助産所の診療日及び診療時間 |  |

５　２か所以上の管理を必要とする期間

|  |
| --- |
| 年　　月　　日から　　　　　年　　月　　日まで |

６　　医療法第12条第２項各号のうち該当する規定（同項第２号に該当する場合には、併せて

医療法施行規則第９条第２項各号に掲げる施設の別を記入すること。）

|  |
| --- |
|  |