

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

(法人にあつては、名称及び代表者の職・氏名)

病 院
次のとおり、2か所以上の診療所の管理をすることを許可してください。
助 産 所

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。）

--