**病院・診療所・助産所管理免除許可申請書**

　　　年　　月　　日

（あて先）

　一宮市保健所長

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 開設者 | 住　　所 |  |
|  | 氏　　名 |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 次のとおり、 | 病院診療所助産所 | の管理を免除してください。 |

１　免除を受けようとする病院、診療所又は助産所の名称等

|  |  |
| --- | --- |
| 名称 |  |
| 所在地 |  |
| 診療科目 |  |
| 開設年月日 | 年　　　月　　　日 |

２　管理者にしようとする者の氏名及び住所

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

３　免除を受けようとする期間

|  |
| --- |
|  |

４　開設者自身が管理しない理由

|  |
| --- |
|  |