

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 の管理を免除してください。
助 産 所

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

| |
|--|
| |
|--|