

診療所
助産所 管理免除許可申請書

年 月 日

(あて先) 名古屋市長

開設者 住所

氏名

(TEL FAX)

(法人の場合は、その名称、主な事務所の所在地及び代表者の職・氏名)

診療所
助産所 の管理の免除を受けたいので、医療法第 12 条第 1 項ただし書の規定により、次のとおり申
請します。

1 名称等

名 称		TEL
所 在 地		FAX
診 療 科 名		
開 設 年 月 日	年 月 日	

2 管理者にしようとする者

氏 名	住 所	免許証の写し
		別紙のとおり

3 管理の免除を受けようとする期間

年 月 日 から 年 月 日 まで

4 開設者自身が管理しない理由

--

注 健康上の理由により管理免除を申請する場合は、診断書を添えて下さい。

備考 用紙の大きさは、日本産業規格 A4 とする。