

診療所
2 箇所以上管理許可申請書
助産所

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 2 箇所以上管理の許可を受けたいので、医療法第 1 2 条第 2 項の規定により、次のとおり申請します。

1 2 箇所以上の管理をする医師、歯科医師又は助産師

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

2 現在管理している病院、診療所又は助産所

| | | |
|-------------------------|--|-----|
| 名 称 | | TEL |
| 所 在 地 | | FAX |
| 診 療 科 名 | | |
| 病 床 数 (入 所 定 員) | | |
| 従 業 員 の 定 員 | | |
| 過去 1 年間の 1 日平均患者数又は入所者数 | | |

3 新たに管理する診療所又は助産所

| | | |
|-------------------------|--|-----|
| 名 称 | | TEL |
| 所 在 地 | | FAX |
| 診 療 科 名 | | |
| 病 床 数 (入 所 定 員) | | |
| 従 業 員 の 定 員 | | |
| 過去 1 年間の 1 日平均患者数又は入所者数 | | |

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 か か る 時 間 | |
| 連 絡 方 法 | 徒歩 ・ 自動車 ・ その他 () |
| 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 | |
| 新たに管理する診療所又は助産所の診療日及び診療時間 | |

5 2 箇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 2 箇所以上の管理をすることの必要な理由

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