

(表)

年 月 日

練馬区保健所長 殿

開設者 住 所
氏 名

電話番号 ()

ファクシ
ミリ番号 ()

〔法人にあっては、名称、主たる事務所の所在地および代表者の氏名〕

2箇所(以上)管理許可申請書

診療所、歯科診療所または助産所を2箇所(箇所)管理することの許可を受けたいので、医療法第12条第2項の規定により、下記のとおり申請します。

記

1 現に管理している病院、診療所、歯科診療所または助産所	名 称		
	所 在 地	電話番号()	ファクシ ミリ番号 ()
	開 設 者 氏 名		
	診 療 科 名		
	病床(入院または入所定員)数		
	従 業 者 定 員		
	診 療 日 時		
2 新たに管理しようとする病院、診療所、歯科診療所または助産所	名 称		
	所 在 地	電話番号()	ファクシ ミリ番号 ()
	開 設 者 氏 名		
	診 療 科 名		
	病床(入院または入所定員)数		
	従 業 者 定 員		
	診 療 日 時		

(裏)

3 2箇所以上管理する理由				
4 医療法第12条第2項各号のうち該当する規定				
5 管理する病院、診療所、歯科診療所または助産所の相互関係	距離			
	連絡に要する時間			
	連絡方法			
2箇所(以上)管理をしようとする医師の臨床研修等修了登録年月日		年 月 日	保健所担当者 確認欄	
2箇所(以上)管理をしようとする医師の免許番号および登録年月日		第 号 年 月 日	保健所担当者 確認欄	

添付書類

- 1 臨床研修等修了登録証の写し、免許証の写しおよび職歴書
- 2 現に管理している病院、診療所、歯科診療所または助産所の開設者が他の者であるときは、当該開設者の承諾書

(注) 臨床研修等修了登録証の写しおよび免許証の写しの添付は、本証の提示確認に代えることができる。提示確認の場合は、該当欄に保健所担当者の確認印を受けること。