

診療所2か所(以上)管理許可申請書

年 月 日

船橋市保健所長 あて

開設者住所(法人の場合は主たる事務所所在地)

開設者氏名(法人の場合は名称、代表者職氏名)

印

電話番号 ()

下記のとおり2か所(以上)の診療所(病院)を管理したいので申請します。

記

1 管理者にする者の住所及び氏名	電話番号 ()
------------------	----------

2 現に管理している病院(診療所)

(1) 所在地及び名称	電話番号 ()		
(2) 開設者の住所及び氏名	電話番号 ()		
(3) 診療科名			
(4) 患者収容定員	床		
(5) 従業員定員	医師 人	看護師 (准看護師) 人	薬剤師 人
	歯科医師 人	歯科衛生士 人	その他 人
(6) 診療日、診療時間			

3 新たに管理させようとする診療所

(1) 所在地及び名称	電話番号 ()		
(2) 開設者の住所及び氏名	電話番号 ()		
(3) 診療科名			

(4) 患者収容定員				床
(5) 従業員定員	医師	人	看護師 (准看護師)	人
	歯科医師	人	歯科衛生士	人
(6) 診療日及び診療時間				

4 当該医師(歯科医師)に管理させる理由

5 相互の距離及び往き来に要する時間並びに方法

6 2か所(以上)管理開始予定年月日

添付書類

- 1 管理者にする者の免許証写し(要原本照合)及び履歴書
- 2 両医療機関の開設者が異なる場合は、現に勤務している病院(診療所)開設者の管理承諾書

書