

助産所2か所管理許可申請書

令和 年 月 日

堺市保健所長 様

開設者住所.....

氏名.....

印

(法人の場合は主たる事務所の所在地、名称、代表者職・氏名)

下記のとおり、2か所の管理をしたいので、医療法第12条第2項及び同法施行規則第9条の規定により申請します。

1 開設者の 住所・氏名	住 所		
	氏 名		
	電 話	()	
2 管理者 (免許証の原本及び 写並びに履歴書を 添付)	住 所		
	氏 名		
	電 話	()	
3 2か所管理	現に管理している助産所		新たに管理する助産所
①名称			
②開設の場所	〒	〒	
	電話 ()	電話 ()	
③開設者氏名			
④入所用ベッド数	床		床
⑤従業者の定員	助産師		助産師
	その他 ()		その他 ()
	計		計

【留意事項】

管理者が保健師助産師看護師法第15条の2第1項の規定による厚生労働大臣の命令を受けた者である場合にあっては、免許証及び再教育研修修了登録証の原本及び写を添付

堺市保健所受付印

様式 6

3 2か所管理	現に管理している助産所							新たに管理する助産所											
⑥勤務の及び 勤務時間	勤務の日							勤務時間	勤務の日							勤務時間			
	月	火	水	木	金	土	日		月	火	水	木	金	土	日				
								:	~	:							:	~	:
								:	~	:							:	~	:
							:	~	:							:	~	:	
⑦2ヶ所管理の 理由																			
⑧助産所相互間の 所要時間等	距離							時間			方法								
	km							時間	分										
⑨管理期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日まで																		