様　式６

診 療 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

電話　　（　　）

（法人の場合、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．管理者 （欄外に記載している添付書類を添付）	住　　所	〒 電話：　　（　　）
	氏　　名	

２．２か所管理	現に管理している診療所			新たに管理する診療所		
①名称						
②開設の場所	〒 電話　　（　　）			〒 電話　　（　　）		
③開設者氏名 (法人の場合、名称、代表者職・氏名)						
④診療科目						
⑤病床数	床			床		
⑥従業者の定員	医　師	歯科医師	准看護師	医　師	歯科医師	准看護師
	名	名	名	名	名	名
	薬剤師	看　護　師	歯科衛生士	薬剤師	看　護　師	歯科衛生士
	名	名	名	名	名	名

堺市保健所受付印

提出部数　２部

様　式６

<table>
<tr><td></td><td colspan="8">現に管理している診療所</td><td colspan="8">新たに管理する診療所</td></tr>
<tr><td rowspan="4">⑦診療日・
診療時間</td><td>月</td><td>火</td><td>水</td><td>木</td><td>金</td><td>土</td><td>日</td><td>診療時間</td><td>月</td><td>火</td><td>水</td><td>木</td><td>金</td><td>土</td><td>日</td><td>診療時間</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>～</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>～</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>～</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>～</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>～</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>～</td></tr>
<tr><td rowspan="9">⑧２か所管理の理由

（該当箇所を✔でﾁｪｯｸ）</td><td colspan="16">☐　医師が不足している地域内に開設する診療所を管理するため</td></tr>
<tr><td colspan="16">☐　次に掲げる施設に開設する診療所を管理するため</td></tr>
<tr><td colspan="8" rowspan="4"></td><td colspan="8">☐　介護老人保健施設</td><td colspan="8">☐　介護医療院</td></tr>
<tr><td colspan="8">☐　養護老人ホーム</td><td colspan="8">☐　特別養護老人ホーム</td></tr>
<tr><td colspan="8">☐　軽費老人ホーム</td><td colspan="8">☐　有料老人ホーム</td></tr>
<tr><td colspan="8">☐　社会福祉施設</td><td colspan="8"></td></tr>
<tr><td colspan="16">☐　事業所等に従業員等を対象として開設される診療所を管理するため</td></tr>
<tr><td colspan="16">☐　地域における休日又は夜間の医療提供体制の確保のために開設される診療所を管理するため</td></tr>
<tr><td colspan="16">☐　その他
（　　）</td></tr>
<tr><td rowspan="2">⑨診療所相互間の所要時間等</td><td colspan="6">距　　離</td><td colspan="5">時　　間</td><td colspan="5">方　　法</td></tr>
<tr><td colspan="6">km</td><td colspan="5">時間　　分</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td>⑩設置期間</td><td colspan="15">令和　　年　　月　　日　～　令和　　年　　月　　日まで</td></tr>
</table>

【添付書類】

- 管理者の医師・歯科医師免許証の写（原本持参）
- 管理者の臨床研修修了登録証の写（※）（原本持参）、
  又は臨床研修修了登録証の写（※）及び再教育研修修了登録証の写（原本持参）
- 管理者の履歴書（申請日現在の状況を記載すること）
- ２か所管理の理由を裏付ける資料（2か所管理の理由が「その他」の場合）

※臨床研修修了登録証の写は、平成16年4月1日以後に医師免許を受けた者又は平成18年4月1日以後に歯科医師免許を受けた者について添付が必要

（注意）

○　本許可申請は、「新たに管理する診療所」の開設者が、「新たに管理する診療所」の所在地を管轄する保健所に対して行います。

○　「新たに管理する診療所」が非医師開設の既存診療所の場合は、「新たに管理する診療所」の開設者は、管理者就任後10日以内に（様式11）診療所管理者変更届出書（非医師開設）の届出も必要です。

○　また、「現に管理している診療所」が医師開設の診療所の場合は、「現に管理している診療所」の所在地を管轄する保健所に対し、（様式10）診療所開設届出事項中一部変更届出書（医師開設）による手続きが必要です。

提出部数　２部