

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.....

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 (臨床研修修了登録 証の原本及び写 並びに履歴書を 添付) (臨床研修が必修化 される以前に医籍 又は歯科医籍登録 した者については 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 ( )	

【留意事項】

管理者が医師法第7条の2第1項の規定による厚生労働大臣の命令又は歯科医師法第7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、臨床研修修了登録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	現に管理している診療所				新たに管理する診療所														
③開設者氏名																			
④診療科目																			
⑤病床数	床				床														
⑥従業者の定員	医師	歯科 医師	看護 補助	計	医師	歯科 医師	看護 補助	計											
	薬剤師	看護師	その他		薬剤師	看護師	その他												
⑦診療日及び 診療時間	診療日						診療時間	診療日						診療時間					
	月	火	水	木	金	土		日	月	火	水	木	金		土	日			
								:	~	:							:	~	:
								:	~	:							:	~	:
								:	~	:							:	~	:
⑧2か所管理の 理由	<input type="checkbox"/> 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																		
	<input type="checkbox"/> 次に掲げる施設に開設する診療所を管理するため																		
	<input type="checkbox"/> 介護老人保健施設						<input type="checkbox"/> 介護医療院												
	<input type="checkbox"/> 養護老人ホーム						<input type="checkbox"/> 特別養護老人ホーム												
	<input type="checkbox"/> 軽費老人ホーム						<input type="checkbox"/> 有料老人ホーム												
	<input type="checkbox"/> 社会福祉施設																		
	<input type="checkbox"/> 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																		
<input type="checkbox"/> 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																			
<input type="checkbox"/> その他 ( )																			
⑨診療所相互間の 所要時間等	距離				時間				方法										
	km				時間 分														
⑩管理期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日まで																		