

2以上の病院等の管理許可申請書

年 月 日

(宛先) 茅ヶ崎市保健所長

住所又は所在地

申請者 氏名（法人にあつては、名称及び代表者氏名）

電話番号

2以上の病院等の管理の許可を受けたいので、次のとおり申請します。

管理しようとする者	氏 名			
	住 所			
現に管理している病院、診療所又は助産所	開設者の氏名			
	開設者の住所			
	名 称			
	所 在 地			
	診 療 科 名		診療日及び診療時間	
	病 床 数	床	従 業 者 の 定 員	人
新たに管理させようとする病院、診療所又は助産所	開設者の氏名			
	開設者の住所			
	名 称			
	所 在 地			
	診 療 科 名		診療日及び診療時間	
	病 床 数	床	従 業 者 の 定 員	人
現に管理している病院等と新たに管理させようとする病院等との距離及び連絡に要する時間				
申 請 の 理 由				

備考 1 次に掲げる図書を添付してください。

- (1) 管理者にしようとする者の臨床研修修了登録証若しくは医師免許証若しくは歯科医師免許証の写し又は助産師免許証の写し若しくは助産婦名簿の謄本
- (2) 管理者にしようとする者の履歴書
- (3) 現に管理している病院等の所在地及び新たに管理させようとする病院等の所在地を明示した図面