

兼任管理許可申請書

年 月 日

熊本市保健所長(宛)

申請人(開設者)

印

兼任管理の許可を受けたいので、医療法第 12 条第 2 項の規定により次のとおり申請します。

開設者	(フリガナ)					
	氏名 (法人の場合はその名称)					
	住所 (法人の場合は主たる事務所の所在地)		〒  TEL			
(フリガナ)						
名称						
開設の場所		〒 校区  TEL FAX				
所長	課長	副課長	主幹	主査	班員	起案  年 月 日 この申請について許可証を 交付してよろしいか。
受付印			決裁印			許可年月日
						年 月 日
						指令番号
						指令(医政)第 号

備考 氏名を自署する場合は、押印は不要です。

当該医師、歯科医師又は助産師が現に管理している病院、診療所又は助産所の状況	名 称							
	所 在 地							
	診 療 科 目							
	病 床 数	種別						計
従業員の定員 (現員)	医師	歯科医師	薬剤師	助産師	看護師	准看護師	その他	
当該医師、歯科医師又は助産師に新たに管理させようとする病院、診療所又は助産所の状況	名 称							
	所 在 地							
	診 療 科 目							
	病 床 数	種別						計
従業員の定員 (現員)	医師	歯科医師	薬剤師	助産師	看護師	准看護師	その他	
当該医師、歯科医師又は助産師に当該病院、診療所又は助産所を管理させようとする理由								
現に管理する病院、診療所又は助産所と新たに管理させようとする診療所又は助産所との距離及び連絡に要する時間								