

管理免除許可申請書

年 月 日

熊本市保健所長(宛)

申請人(開設者)

印

管理免除の許可を受けたいので、医療法第 12 条第 1 項ただし書き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				
開設者が自ら管理者とならない理由						
管理者としようとする者の住所及び氏名		氏名				
		住所		〒		
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。