様式第23号

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)

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（医対）第　 号 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 | | | |  | | | | | | | | | | | | |