

管 理 者 兼 任 許 可 申 請 書

年 月 日

山口県知事 様

郵便番号  
 申請者 住 所  
 氏 名 (印)  
 (電話 局 番)

病 院  
 診療所 の管理の許可を受けたいので、医療法第12条第2  
 助産所  
 下記のとおり2箇所以上の  
 項の規定により申請します。

記

兼任させようとする 管理者	住 所						
	氏 名						
現に管理する 病 院 診療所 助産所	名 称						
	所 在 地						
	診療科目						
	病 床 数	床					
	従事者数	職 種	定員	現員	職 種	定員	現員
		医 師	人	人	歯科技工士	人	人
		歯 科 医 師			診療放射線 技師		
		薬 剤 師			診療エツク ス線技師		
		助 産 師			衛生検査技 師		
		看 護 師			栄 養 士		
准 看 護 師				事 務 職 員			
看護補助者							
歯科衛生士			計				

新たに管理させようとする 病 院 診療所 助産所	名 称						
	所 在 地						
	診療科目						
	病 床 数	床					
	従事者数	職 種	定員	現員	職 種	定員	現員
		医 師	人	人	歯科技工士	人	人
		歯 科 医 師			診療放射線技師		
		薬 剤 師			診療エックス線技師		
		助 産 師			衛生検査技師		
		看 護 師			栄 養 士		
准 看 護 師				事 務 職 員			
看護補助者							
歯科衛生士			計				
2箇所以上管理させようとする理由							
現に管理する 病 院 診療所 助産所 と新たに管理させよう 病 院 とする 診療所 との 助産所 距離等	距 離						
	交通手段						
	連絡時間						

注 1 申請者の住所及び氏名は、法人にあつては、その主たる事務所の所在地並びに名称及び代表者の氏名を記入すること。

2 申請者の氏名を自署したときは、押印することを要しないこと。

備考 用紙の大きさは、日本工業規格A列4とする。