様式第８号（第２条関係）

（その１）

　　（診療所の場合）

（表）

管理者兼任許可申請書

年　　月　　日

（宛先）下関市立下関保健所長

〒

住所

申請者

氏名

電話　　　(　　　)

　下記のとおり２箇所以上の診療所の管理の許可を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

記

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ２箇所以上管理させようとする者 | 住所 |  | |
| 氏名 |  | |
| 電話 |  | |
| ２箇所以上管理させようとする理由 |  | | |
| 現に管理する診療所と新たに管理させようとする診療所との距離等 | 距離 | |  |
| 交通手段 | |  |
| 移動時間 | |  |

（裏）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 現に管理する診療所 | 施設の名称・開設場所 | | | | | | | | | | | | 診療科目・診療日時 | | | | | | | | | | | |
| 名称 |  | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |
| 所在地 | 〒 | | | | | | | | | | |
| 電話 |  | | | | | | | | | | |
| 病床数 |  | | | | | | | | | | |
| 従業者の定員 | | 医師 | 歯科医師 | 薬剤師 | 助産師 | 看護師 | 准看護師 | 看護補助者 | 歯科衛生士 | 歯科技工士 | 歯科助手 | | 診療放射線技師 | 診療エックス線技師 | 臨床検査技師 | 衛生検査技師 | 理学療法士 | 作業療法士 | 栄養士 | 給食従事者 | 事務職員 |  | 計 |
| 定員　(人) | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 現員　(人) | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 新たに管理させようとする診療所 | 施設の名称・開設場所 | | | | | | | | | | | | 診療科目・診療日時 | | | | | | | | | | | |
| 名称 |  | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |
| 所在地 | 〒 | | | | | | | | | | |
| 電話 |  | | | | | | | | | | |
| 病床数 |  | | | | | | | | | | |
| 従業者の定員 | | 医師 | 歯科医師 | 薬剤師 | 助産師 | 看護師 | 准看護師 | 看護補助者 | 歯科衛生士 | 歯科技工士 | 歯科助手 | | 診療放射線技師 | 診療エックス線技師 | 臨床検査技師 | 衛生検査技師 | 理学療法士 | 作業療法士 | 栄養士 | 給食従事者 | 事務職員 |  | 計 |
| 定員　(人) | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 現員　(人) | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

　添付書類　管理者の医師又は歯科医師免許証の写し及び履歴書

備考

　　１　用紙の大きさは、日本産業規格Ａ列４番とする。

　　２　申請者の住所及び氏名は、法人にあっては、その主たる事務所の所在地、名称並

びに代表者の役職及び氏名を記入すること。