

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 劑 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 劑 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。