

診療所  
助産所 2箇所以上管理許可申請

年 月 日

(宛先) 岡崎市保健所長

開設者 住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ (※)

(※) 本人(代表者)が手書きしない場合は、記名押印してください。

電話番号 ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

(法人の場合は、主たる事務所の所在地、名称及び代表者の職・氏名)

下記のとおり、診療所 助産所 を2箇所以上管理することを許可してください。

記

1 2箇所以上の管理をする医師、歯科医師又は助産師

氏 名	
住 所	

2 現在管理している病院、診療所又は助産所

名 称	
所 在 地	
診 療 科 名	
病 床 数 ( 入 所 定 員 )	室 床 (母子)
従 業 員 の 現 員	
過 去 1 年 間 の 1 日 平 均 患 者 数 又 は 入 所 者 数	入 院 ( 人 ) ・ 外 来 ( 人 ) ・ 計 ( 人 )

3 新たに管理する病院、診療所又は助産所

名 称	
所 在 地	
診 療 科 名	
病 床 数 ( 入 所 定 員 )	室 床 (母子)
従 業 員 の 現 員	
過 去 1 年 間 の 1 日 平 均 患 者 数 又 は 入 所 者 数	入 院 ( 人 ) ・ 外 来 ( 人 ) ・ 計 ( 人 )

-----

-----

(裏面もあります)

提出者署名 \_\_\_\_\_

