

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 _____

4 管理する病院、診療所又は助産所相互間の状況

距 離	
連 絡 に 要 す る 時 間	
連 絡 方 法	
現在管理している病院、診療所又は助産所の診療日及び診療時間	
新たに管理する病院、診療所又は助産所の診療日及び診療時間	

5 2箇所以上の管理を必要とする期間

年 月 日 から 年 月 日まで

6 2箇所以上の管理をすることの必要な理由

--

7 医療法第12条第2項各号のうち該当する規定（同項第2号に該当する場合には、併せて医療法施行規則第9条第2項各号に掲げる施設の別を記入すること。）

☐ 介護老人保健施設その他の厚生労働省令で定める施設に開設する診療所を管理しようとする場合 ☐ 介護老人保健施設 ☐ 介護医療院 ☐ 養護老人ホーム ☐ 特別養護老人ホーム ☐ 軽費老人ホーム ☐ 有料老人ホーム ☐ 社会福祉法第六十二条第一項に規定する社会福祉施設 ☐ 事業所等に従業員等を対象として開設される診療所を管理しようとする場合 ☐ 地域における休日又は夜間の医療提供体制の確保のために開設される診療所を管理しようとする場合 ☐ その他（ ）
--