

診療所
助産所 施設使用許可申請書

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)

診療所
下記の 助産所 の施設を使用することを許可してください。

記

1 名称等

名 称	
開 設 の 場 所	
診 療 科 名	
管 理 者 氏 名	

2 許可を受けようとする施設

年	月	日付け	第	号で開設許可を受けた施設
年	月	日付け	第	号で開設許可事項の一部変更許可を受けた施設
年	月	日付け	第	号で開設を届け出た施設
年	月	日付け	第	号で開設届出事項の一部変更を届け出た施設

提出者署名 _____