

【様式第 22 号】

2 箇所以上の病院、診療所又は助産所管理許可申請書

年 月 日

(あて先) 秋 田 県 知 事

住 所

氏 名

※法人であるときは、主たる事務所の所在地、名称及び代表者の氏名

2 箇所以上の病院（診療所、助産所）の管理の許可について（申請）

2 箇所以上の病院（診療所、助産所）を管理させたいので、医療法施行規則第 9 条の規定により、次のとおり申請します。

1 管理者にしようとする者の住所及び氏名

(住所)	(氏名)
------	------

2 現に医師（歯科医師、助産師）が管理している病院（診療所、助産所）に関する事項

(1) 名称及び所在地

(名称)	(所在地)
------	-------

(2) 診療科名及び病床数

(診療科名)	(病床数)
--------	-------

(3) 従業員の定員

--

(4) 診療日及び診療時間

--

3 新たに医師（歯科医師、助産師）に管理させようとする病院（診療所、助産所）に関する事項

(1) 名称及び所在地

(名称)	(所在地)
------	-------

(2) 診療科名及び病床数

(診療科名)	(病床数)
--------	-------

(3) 従業員の定員

--

(4) 診療日及び診療時間

--

- 4 2箇所以上の病院（診療所、助産所）を管理させようとする理由

--

- 5 管理している病院（診療所、助産所）と新たに管理させようとする病院（診療所、助産所）との距離、連絡に要する時間及び連絡の方法

--

【文書作成責任者等の連絡先】

（住 所）

（責任者または担当者名）

（連絡先）電話番号：

メールアドレス：

[備考]

申請者と現に管理している病院（診療所、助産所）の開設者が異なる場合にあつては、当該者の承諾書を添付すること。