様式第２０号

２箇所以上の病院、診療所又は助産所管理許可申請書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（Ａ４判）

|  |
| --- |
| 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  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  (2)診療科名及び病床数  (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  (2)診療科名及び病床数  (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してください。