様式第２２号

病院、診療所又は助産所使用許可申請書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（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  病院（診療所、助産所）の使用の許可について（申請）  　病院（診療所、助産所）の使用の許可を受けたいので、医療法第２７条の規定によ  り、次のとおり申請します。  １　名称及び所在地  ２　管理者の氏名    ３　診療科名  ４　従業者数  ５　許可を受ける事項  ６　使用開始予定日 |

【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　許可を受ける事項の欄には、「　　年　　月　　日付け開設届け（許可申請書）のと

　　おり」又は「　　年　　月　　日付け変更届（変更許可申請書）のとおり」と記載して　　ください。