

様式第 13 号

年 月 日

(あて先) 山形市保健所長

郵便番号  
開設者 住 所  
氏 名  
(法人にあつては、主たる事務所の所在地、名称及び代表者の氏名)  
電話番号

2 以上の診療所 (助産所) 管理許可申請書

診療所 (助産所) を 2 以上管理することの許可を受けたいので、医療法第 12 条第 2 項の規定により、下記のとおり申請します。

記

1 管理させようとする者の住所及び氏名

住所		氏名	
----	--	----	--

2 診療所 (助産所) の名称等

	現に管理する診療所 (助産所)	新たに管理する診療所 (助産所)
名 称		
所 在 地		
開設者氏名		
診療科目		
病 床 数		
診療日及び 診療時間		
従業者定員 (職種別)		

3 2 以上管理する理由

--

4 管理する診療所、助産所相互間の距離並びに連絡に要する時間及び方法

距離		時間及び方法	
----	--	--------	--

備考 現に管理する診療所 (助産所) の開設者が他の者であるときは、当該開設者の承諾書を添付すること。