

診療所（助産所）管理者兼任許可申請書

年 月 日

（宛先）奈良市保健所長

開設者 住所

氏名

〔 法人にあっては、主たる事務所の所在地並びに名称及び代表者の氏名 〕

電話

次のとおり管理者兼任の許可を受けたいので、医療法第12条第2項の規定により申請します。

管 理 者	住 所				
	氏 名		医師・歯科医師 ・助産師の別		
現に管理する診療所 （助産所）	名 称				
	所 在 地				
	診 療 科 名				
	診 療 日 時				
	病 床 数				
	従 事 者 の 定 員	医師 名 看護師 名	歯科医師 名 その他 名	薬剤師 名	助産師 名 計
新たに管理させよう とする診療所（助産 所）	名 称				
	所 在 地				
	診 療 科 名				
	診 療 日 時				
	病 床 数				
	従 事 者 の 定 員	医師 名 看護師 名	歯科医師 名 その他 名	薬剤師 名	助産師 名 計
当該診療所（助産所） を管理させようとする理由					
施設相互間の距離					
連絡に要する時間					
備 考					

添付書類

管理者の免許証の写し及び履歴書（管理者の医籍登録が平成16年以降のとき又は歯科医籍登録が平成18年以降のときは、臨床研修修了登録証の写しも添付）