様式第１７号（第２条関係）

|  |
| --- |
| 病院  診療所２か所以上管理許可申請書  助産所 |

年　　月　　日

　豊田市保健所長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者　住　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　ふりがな

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（法人にあっては､名称並びに代表者の肩書及び氏名）

|  |
| --- |
| 病院  　次のとおり２か所以上の診療所の管理をしたいので、医療法第１２条第２項の規定により申請します。  　　　　　　　　　　　　助産所 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ２か所以上の管理をする医師、歯科医師又は助産師 | 氏名 |  |
| 住所 |  |
| 現在管理している病院、診療所又は助産所 | 名称 |  |
| 所在地 |  |
| 診療科目 |  |
| 病床数  (収容定員) | 床（母子） |
| 従業員の現員 |  |
| 過去１年間の１日平均患者数又は収容者数 | 入院（　　　人）　　外来（　　　人）　　合計（　　　人） |
| 新たに管理する病院、診療所又は助産所 | 名称 |  |
| 所在地 |  |
| 診療科目 |  |
| 病床数  (収容定員) | 室　　　　　　　　　　床（母子） |
| 従業員の現員 |  |
| 過去１年間の１日平均患者数又は収容者数 | 入院（　　　人）　　外来（　　　人）　　合計（　　　人） |
| 管理する病院診療所又は助産所相互間の状況 | 距離 |  |
| 連絡に要する時間 |  |
| 連絡方法 |  |
| 現在管理している病院等の診療日及び診療時間 |  |
| 新たに管理する病院等の診療日及び診療時間 |  |
| 管理を必要とする期間 | | 年　　月　　日から　　　　年　　月　　日まで |
| ２か所以上を管理することの必要な理由 | |  |
| 医療法第１２条第２項各号のうち該当する規定（同項第２号に該当する場合は、併せて医療法施行規則第９条第２項各号に掲げる施設の別を記入） | |  |

添付書類　管理者の免許証の写し又は助産師の名簿の謄本