

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
(法人にあつては、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		