診療所管理者兼任許可申請書

令和　　　年　　　月　　　日

西宮市保健所長　様

開設者住所

（法人にあっては、主たる事務所の所在地）

開設者氏名

（法人にあっては、名称及び代表者の職・氏名）

電　話　（　　　　）　　　－

ＦＡＸ　（　　　　）　　　－

記

|  |  |
| --- | --- |
| １　診療所所在地 |  |
| ２　診療所名称 |  |
| ３　診療科目 |  |
| ４　診療日時 |  |
| ５　病床数 | 　　　　　　　　　　　　室 | 　　　　　　　　　　　　床 |
| ６　従業員定員 | 医師　　　　　人 | 看護師　　　　人 | その他　　　　人 |
| ７　管理者にしようとする者 | 住所 |  |
| 氏名 |  |
| その者が現に管理する病院・診療所について | 所在地 |  |
| 名称 |  |
| 診療科目 |  |
| 診療日時 |  |
| 病床数 | 　　　　　　　　　　　　室 | 　　　　　　　　　　　　床 |
| 従業員定員 | 医師　　　　　人 | 看護師　　　　人 | その他　　　　人 |
| 8　この医師に管理させようとする理由　　　　　別紙のとおり |
| 9　両勤務場所間の距離と連絡に要する時間　　　　メートル　　　　　時間　　　分 |

|  |
| --- |
| 西保総 指令第　　　号診療所管理者兼任許可証令和　　　年　　　月　　　日　　　　　　西宮市保健所長 |

（別紙）

この医師に管理させようとする理由