

(記載例)

第 14 号様式 (第 11 条関係) (用紙 日本産業規格 A 4 縦長型)

2 以上の病院等の管理許可申請書

令和〇年〇月〇日

神奈川県知事 殿

住所に関して神奈川県以外の場合は、都道府県名から記載してください

開設者 住所 〇〇市△△ 〇丁目□□□□
氏名 〇〇 〇〇

(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)

次のとおり 2 以上の病院等の管理の許可を申請します。

管 理 者 に し よ う と す る 者	住 所	〇〇市△△ ▲丁目▲▲▲▲▲			
	氏 名	〇〇 □□□			
現 病 院 に 管 理 し て 助 産 所 を 管 理 し て い る	開 設 者 (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)	住 所	〇〇市△△ 〇丁目□□□□		
		氏 名	〇〇 〇〇		
	名 称	△△助産所	電 話 番 号	(XXX)XXX-XXXX	
	所 在 地	〇〇市△△ 〇丁目〇〇			
	診 療 科 名				
	診 療 日	月~木			
	診 療 時 間	9:00~12:00 15:00~18:00			
	病 床 数	0 床			
従 業 者 の 定 員	助産師 1				
新 病 院 に 管 理 さ せ よ う と す る	開 設 者 (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)	住 所	〇〇市△△ 〇丁目□□□□		
		氏 名	〇〇 〇〇		
	名 称	△△助産所	電 話 番 号	(XXX)XXX-YYYY	
	所 在 地	〇〇市△△ 〇丁目▲▲			
	診 療 科 名				
	診 療 日	金~土			
	診 療 時 間	9:00~12:00 15:00~18:00			
病 床 数	0 床				
従 業 者 の 定 員	助産師 1				
申 請 理 由	半径〇Km 以内に産科や助産所が無く、地域の助産体制に資するため				
相互の距離及び連絡(移動)に要する時間	X km xx 分 (徒歩・車等)				
医療法第 12 条第 2 項各号のうち該当する規定	法第 12 条第 2 項第 5 号該当				

現に管理している病院等と診療日時が重なっていないかご確認ください

- 添付書類
- 1 管理者にしようとする者の臨床研修修了登録証の写し、資格免許証の写し及び履歴書
 - 2 現に管理している病院等の開設者が他の者であるときは、当該開設者の承諾書

添付書類にもれが無いか確認してください