

(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)

許可の要件を次ページ (1) に記載するので参照のこと

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

開設者 住 所 〇〇市△△ 〇丁目□□□□

氏 名 社会福祉法人〇〇〇

理事長 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)

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

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	△△クリニック	電 話 番 号	(XXX)XXX-XXXX
	所 在 地	〇〇市△△ 〇丁目〇〇		
	診 療 科 名	内科		
	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	医師 1 名、看護師 3 名		
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	社会福祉法人〇〇〇	
	名 称	〇〇特別養護老人ホーム 医務室	電 話 番 号	(XXX)XXX-YYYY
	所 在 地	〇〇市△△ 〇丁目▲▲		
	診 療 科 名	内科		
	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	医師 1 名、看護師 2 名			
申 請 理 由	〇〇特別養護老人ホーム 医務室 管理者就任のため			
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 X 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

該当する番号を次ページ (2) から選択

- 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

(1) 【許可の要件】

現に管理する診療所及び新たに管理しようとする診療所について、原則として次の要件を具備すること。

- ① いずれの診療所も患者の収容施設を有しないこと。
- ② それぞれの診療所の診療日時が重ならないこと。
- ③ 現に管理する診療所の管理に支障がないこと。

(2) 【法第12条第2項】

第1号 医師の確保を特に図るべき区域内に開設する診療所を管理しようとする場合

第2号 介護老人保健施設その他の厚生労働省令で定める施設に開設する診療所を管理しようとする場合

第3号 事務所等に従業員等を対象として開設される診療所を管理しようとする場合

第4号 地域における休日または夜間の第30条の3第1項に規定する医療提供体制の確保のために開設される診療所を管理しようとする場合

第5号 その他都道府県知事が適当と認めた場合