

診療所管理免除許可申請

令和 年 月 日

尼崎市保健所長 様

〒

開設者住所 _____

(ふりがな)
開設者氏名 _____ 印

電 話 - - (担 当 :)

次のとおり開設者による診療所管理を免除したいので、医療法第12条第1項に基づき申請します。

1	ふりがな 診療所の名称		
2	診療所の所在地	〒 -	
		TEL - -	FAX - -
3	開設者自ら管理できない理由		
4	管理免除期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日まで	
5	管理者にしようとする者	住 所	
		氏 名	
		臨床研修修了登録証等 ※該当する□内に「✓」 を記入する	<input type="checkbox"/> 臨床研修修了登録証取得 年 月 日 <input type="checkbox"/> 経過措置該当

尼崎市指令 (保企) 第 _____ 号 <h3 style="text-align: center;">診療所管理免除許可証</h3> 令和 年 月 日 尼崎市保健所長 鈴井 啓史

- 注) 1 この申請書一式を2部提出すること。
 2 新たに管理者にしようとする者の①履歴書、②免許証の写し、③免許証原本を持参すること。
 3 管理者の臨床研修等修了登録について、医師では平成16年3月31日以前に免許を取得している場合、歯科医師では平成18年3月31日以前に取得している場合は、経過措置があるため、臨床研修修了登録証の写しは不要。
 4 兵庫県医療機能情報システムに掲載している情報が変更される場合は、速やかに医療機能情報の変更入力をする。

履 歴 書

本 籍 _____ 都・道・府・県

現 住 所 _____

ふりがな
氏 名 _____ 印

性 別 男 ・ 女

大正
昭和 年 月 日生
平成

免許証登録番号 第 _____ 号

登録年月日 _____ 年 月 日

臨床研修修了登録年月日 _____ 年 月 日

年 月 日	学歴（高等学校卒業以降）・職歴・賞罰（各別にまとめて書く）
・ ・	
・ ・	
・ ・	
・ ・	
・ ・	
・ ・	
・ ・	
・ ・	
・ ・	
・ ・	
・ ・	
・ ・	
・ ・	
・ ・	
・ ・	
・ ・	
・ ・	
・ ・	
・ ・	
・ ・	
・ ・	

- 注) 1 免許証の写し（A4サイズ）を添付すること。また原本を持参し、保健所職員の照合を受けること。
- 2 臨床研修修了登録証の写し（A4サイズ）を添付すること。また原本を持参し、保健所職員に提示すること。