

診療所管理者兼任許可申請

令和 年 月 日

尼崎市保健所長 様

〒

開設者住所 _____

(法人にあっては主たる事務所の所在地)

(ふりがな)

開設者氏名 _____ 印

(法人にあっては、名称及び代表者の職氏名)

電 話 - - (担当:)

次のとおり管理者を兼任したいので、医療法第12条第2項に基づき申請します。

1 診療所の名称	_____
2 診療所の所在地	〒 - TEL - - FAX - -
3 診療科目	_____
4 診療日時	_____
5 従業者定員	医師 _____ 人、看護職 _____ 人、薬剤師 _____ 人、その他 _____ 人
6 管理者にしようとする医師(歯科医師)	氏 名 住 所 医・歯医籍 第 _____ 号 _____ 年 _____ 月 _____ 日登録
	臨床研修修了等登録証等 ※該当する□内に「✓」を記入する <input type="checkbox"/> 臨床研修終了等登録証取得 _____ 年 _____ 月 _____ 日 <input type="checkbox"/> 経過措置該当
7 現に管理する診療所	名 称 _____
	所 在 地 _____
	診療科目 _____
	診療時間 _____ 時 _____ 分 ~ _____ 時 _____ 分
	従事者定員 医師 _____ 人、看護職 _____ 人、その他 _____ 人
8 当該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:	キロメートル _____ 時間 _____ 分

尼崎市指令 (保企) 第 _____ 号

診療所管理者兼任許可証

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 新たに管理者となる者の、履歴書及び免許証の写を添付し、免許証の原本を持参の上、照合を受けること。
- 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行うこと。

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。