

助産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 :            )

次のとおり医療法第12条第2項の規定による許可を受けたいので、医療法施行規則第9条の規定に基づき申請します。

1 助産所の名称	
2 助産所の所在地	〒 - TEL - - FAX - -
3 業 務 日 時	
4 患者入所定員	人 室
5 従 業 者 定 員	助産師 人、医師 人、看護師 人、その他 人、 嘱託医師等の状況
6 管理者にしようとする者	①氏 名 ②住 所 現に管理する病院、診療所又は助産所の状況 イ 名 称 ロ 所在地 ハ 診療科目 ニ 診療(業務)時間 時 分 ~ 時 分 ホ 入所施設 室 人 へ 従事者定員 医師 人、看護師 人、助産師 人、その他 人 その他嘱託医等の状況
7 この者に管理させようとする理由	別紙のとおり
8 両勤務場所間の距離と連絡に要する時間	km 時間 分

尼崎市指令(尼保企)第 _____ 号
助産所管理者兼任許可証
令和 年 月 日
尼崎市保健所長 濱田 昌範

注) 新たに管理しようとする者の履歴書・免許証の写し(原本確認が必要)を添付すること。

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

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 再教育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。