

(表)

2以上の病院等の管理許可申請書

年 月 日

藤沢市保健所長

住 所 (法人であるときは、主  
たる事務所の所在地)

開設者

氏 名 (法人であるときは、名  
称及び代表者氏名)

次のとおり2以上の病院等の管理の許可を申請します。

- 1 管理者にしようとする者の住所及び氏名
- 2 現に管理している病院（診療所、助産所）
  - (1) 開設者の住所及び氏名（法人であるときは、その名称及び主たる事務所の所在地）
  - (2) 名 称
  - (3) 所 在 地
  - (4) 診療科名、診療日及び診療時間
  - (5) 病 床 数
  - (6) 従業員の定員
- 3 新たに管理させようとする病院（診療所、助産所）
  - (1) 開設者の住所及び氏名（法人であるときは、その名称及び主たる事務所の所在地）
  - (2) 名 称

(裏)

(3) 所在地

(4) 診療科名、診療日及び診療時間

(5) 病床数

(6) 従業者の定員

4 申請理由

5 相互の距離及び連絡に要する時間

6 法第12条第2項各号のうち該当する規定

添付書類

- ・管理者にしようとする医師もしくは歯科医師の免許証、臨床研修修了登録証の写し
- ・管理者にしようとする医師もしくは歯科医師の履歴書
- ・管理者にしようとする助産師の免許証の写し及び履歴書
- ・その他必要書類