明助　様式第１４号

**助産所管理者兼任許可申請**

　　　　年　　月　　日

明石市長　様

開設者住所

（法人にあっては主たる事務所の所在地）

（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 |  |
| ２　助産所の所在地 | 〒　　　－  TEL　　　　-　　　　-　　　　　FAX　　　　-　　　　- |
| ３　業　務　日　時 |  |
| ４　患者入所定員 |  |
| ５ | 助産師　　　　人、医師　　　　人、看護師　　　　人、その他　　　　人 |
| ６　嘱託医師等の状況 |  |
| ７　管理者にする  　　助産師 | 氏　名  住　所 |
| ８　現に管理する  　　助産所 | 名　称 |
| 所在地 |
| 業務日時 |
| 従事者定員　助産師　　　人、医師　　　人、看護師　　　人、その他　　人 |
| 嘱託医師等の状況 |
| ９　この者に管理させようとする理由：　別紙のとおり | |
| 10　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 | |

〔提出数〕2部（申請書一式）

〔添付書類〕

□新たに管理者となる助産師の履歴書

□新たに管理者となる助産師の免許証の写し（Ａ４サイズ　原本照合が必要）

□再教育研修修了登録証の写し（該当者のみ　Ａ４サイズ　原本照合が必要）

**履歴書**

本　籍　　　　　　　都・道・府・県

現住所

|  |
| --- |
|  |

生年月日　　　　　　年　　月　　日生

免許証登録番号　第　　　　　　　　　号

登録年月日　　　　　年　　月　　日

再教育研修修了登録年月日　　　　　年　　月　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 年　月　日 | 学歴（大学卒業以降）・職歴・賞罰（各別にまとめて書く） |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| 賞罰 |  |