

## 診療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)

(ふりがな)  
 開設者氏名 \_\_\_\_\_  
 (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	ふ り が な		
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	看護職	その他
	_____人	_____人	_____人
6 管理者にする 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"/> 臨床研修修了等登録証取得	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		
	診療日時		
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

[提出数] 2部(申請書一式)

[添付書類]

- 新たに管理者となる医師・歯科医師の履歴書
  - 新たに管理者となる医師・歯科医師の免許証の写し(A4サイズ 原本照合が必要)
  - 新たに管理者となる医師・歯科医師の臨床研修修了登録証の写し(A4サイズ 原本照合が必要)
- ※医師免許平成16年3月31日以前、歯科医師免許平成18年3月31日以前取得の場合不要

