

2以上の(病院・診療所・助産所)管理許可申請書

年 月 日

群馬県知事 へ

開設者 住所 法人にあつては、
氏名 主たる事務所の所在地
及び代表者の職氏名 印

医療法第12条第2項の規定により、2以上の(病院・診療所・助産所)管理許可を、次のとおり申請します。

管 理 者	住 所						
	氏 名						
現に管理している 病院、診療所又は 助 産 所	名 称						
	所 在 地	電話() - 番					
	診療科名						
	診療時間						
	病 床 数	室 床					
	従 業 員 定 員	医 師	歯科医師	助 産 師	(准)看護師	薬 剤 師	そ の 他
新たに管理しよう とする病院、診療 所 又 は 助 産 所	名 称						
	所 在 地	電話() - 番					
	診療科名						
	診療時間						
	病 床 数	室 床					
	従 業 員 定 員	医 師	歯科医師	助 産 師	(准)看護師	薬 剤 師	そ の 他
2以上の病院、診療 所又は助産所を管理 しようとする理由							
管理する病院、診療所 又は助産所相互間の 距離、連絡に要する 時間及び連絡方法	距 離	Km		連 絡 方 法			
	時 間	時 分					

添付書類

申請者(既存の病院(診療所・助産所)管理者をして自ら開設する病院(診療所・助産所)の管理者を兼任させようとする者)と管理者が雇用関係にない場合、当該管理者及び管理者の雇用主の承諾書