

診 療 所 2 か 所 管 理 許 可 申 請 書

令和 年 月 日

大阪市保健所長 様

開設者住所.....

氏名.....

(法人の場合は主たる事務所の所在地、名称、代表者の職名・氏名)

下記のとおり2か所の管理をしたいので医療法第12条第2項及び同法施行規則第9条の規定により申請します。

1. 開設者の 住所・氏名	住 所	〒														
	氏 名															
	電 話	()														
2. 管 理 者	住 所	〒														
	氏 名															
	電 話	()														
3. 2か所管理	現に管理している診療所							新たに管理する診療所								
①名 称																
②開設の場所	〒							〒								
	電話 ()							電話 ()								
③開設者氏名																
④診療科目																
⑤病床数	床							床								
⑥診療日・時間	月	火	水	木	金	土	日	診療時間	月	火	水	木	金	土	日	診療時間
								～								～
								～								～
								～								～

保健福祉センター受付印	大阪市保健所受付印	施設番号

様式6

⑦ 2か所管理の理由			
⑧ 診療所相互間の所要時間等	距離	時間	方法
	km	時間 分	
⑨ 管理する期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日まで		
4. 添付書類			
<p>(1) 管理者の医師又は歯科医師の免許証の写し及び臨床研修修了（及び再教育研修修了）登録証の写し（原本照合必要）並びに履歴書</p> <p>(2) 2か所管理の理由を裏付ける資料</p> <p>(3) 地図（診療所間の主な連絡経路、その距離及び所要時間を記載したもの）</p> <p>(4) 現に管理している診療所開設者の同意書（現に管理している診療所が非医師開設で新たに管理する診療所の開設者と異なる場合）</p> <p>(注) 臨床研修等修了登録証について</p> <p>(1) 平成 16 年 4 月 1 日以後に医師免許を受けて、診療に従事しようとする医師については、2年以上の臨床研修を受けることが義務付けられましたので、臨床研修を修了した者については、臨床研修修了登録証の写しを添付してください。</p> <p>(2) 平成 18 年 4 月 1 日以後に歯科医師免許を受けて、診療に従事しようとする歯科医師については、1年以上の臨床研修を受けることが義務付けられましたので、臨床研修を修了した者については、臨床研修修了登録証の写しを添付してください。</p>			