第17号様式(第14条関係)

(表)

|  |
| --- |
| 年　　月　　日　東京都西多摩保健所長　殿 |
| 開設者 | 住所氏名　　　　　　　　　　印 |
| 電話番号　　　(　　)　　　 |
| 　 | ファクシミリ番号 | 　　(　　) |
| 　 | 法人にあつては、名称、主たる事務所の所在地及び代表者の氏名 |
| 二箇所(以上)管理許可申請書　病院(診療所、歯科診療所又は助産所)を二箇所(　　箇所)管理することの許可を受けたいので、医療法第12条第2項の規定により、下記のとおり申請します。記 |
| 　 | 1　現に管理している病院、診療所、歯科診療所又は助産所 | 名称 | 　 | 　 |
| 所在地 | 電話番号　　(　　) | ファクシミリ番号 | (　　) |
| 開設者氏名 | 　 |
| 診療科名 | 　 |
| 病床(入院又は入所定員)数 | 　 |
| 従業者定員 | 　 |
| 診療日時 | 　 |
| 2　新たに管理しようとする病院、診療所、歯科診療所又は助産所 | 名称 | 　 |
| 所在地 | 電話番号　　(　　) | ファクシミリ番号 | (　　) |
| 開設者氏名 | 　 |
| 診療科名 | 　 |
| 病床(入院又は入所定員)数 | 　 |
| 従業者定員 | 　 |
| 診療日時 | 　 |
| 　 |

(日本産業規格A列4番)

(裏)

|  |
| --- |
| 　 |
| 　 | 3　二箇所以上管理する理由 | 　 | 　 |
| 4　医療法第12条第2項各号のうち該当する規定 | 　 |
| 5　管理する病院、診療所、歯科診療所又は助産所の相互関係 | 距離 | 　 |
| 連絡に要する時間 | 　 |
| 連絡方法 | 　 |
| 二箇所(以上)管理をしようとする医師の臨床研修等修了登録年月日 | 年　月　日 | 保健所担当者確認欄 | 　 |
| 二箇所(以上)管理をしようとする医師の免許番号及び登録年月日 | 第　　　　号年　月　日 | 保健所担当者確認欄 | 　 |
| 添付書類　1　臨床研修等修了登録証の写し、免許証の写し及び職歴書　2　現に管理している病院、診療所、歯科診療所又は助産所の開設者が他の者であるときは、当該開設者の承諾書(注)　臨床研修等修了登録証の写し及び免許証の写しの添付は、本証の提示確認に代えることができる。提示確認の場合は、該当欄に保健所担当者の確認印を受けること。 |