

兼 任 管 理 許 可 申 請 書

年 月 日

三重県知事

あて

開 設 者 住 所
 (法人の場合は主たる
 事務所の所在地)

開 設 者 氏 名
 (法人の場合は名称
 及び代表者の職氏名)

電話 ()
 FAX ()

下記に挙げる特殊な事情があり病院（診療所、助産所）の兼任管理の許可を受けたいので医療法施行規則第9条の規定により申請します。

※下記の5項目のうち該当する番号に○をつけてください。

1	医師が不足している地域（無医地区等）内に開設する診療所を管理しようとする場合
2	次に掲げる施設に開設する診療所を管理しようとする場合 ① 介護老人保健施設 ② 介護医療院 ③ 養護老人ホーム ④ 特別養護老人ホーム ⑤ 軽費老人ホーム ⑥ 有料老人ホーム ⑦ 社会福祉施設
3	事業所等に従業員等を対象として開設される診療所を管理しようとする場合
4	地域における休日又は夜間の医療提供体の確保のために開設される診療所を管理しようとする場合
5	その他 ()

保健所受付印

	現に管理している病院（診療所又は助産所）	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		
診療科目		
従業員の定員		
病床数		
診療日及び診療時間		

※診療体制についてご記入ください。

3 管理者の住所及び氏名

1 住所

2 氏名

4 兼任管理する理由

5 管理する病院（診療所又は助産所）相互間の距離並びに連絡に要する時間及び方法

6 兼任管理予定年月日

（注）管理する病院（診療所又は助産所）相互間の連絡経路を示した地図を添付してください。