

様式第 1 3 号（第 1 2 条関係）

診療所、助産所管理兼務許可申請書				
1 現に管理している診療所、助産所	名称		電話番号	局 番
	所在の場所			
	診療科名			
	診療日及び診療時間			
	患者収容定員			
	従業者の定員			
2 新に管理させようとする診療所、助産所	名称		電話番号	局 番
	所在の場所			
	診療科名			
	診療日及び診療時間			
	患者収容定員			
	従業者の定員			
3 管理者住所氏名				
4 2ヶ所以上管理させようとする理由				
5 管理する診療所又は助産所相互間の距離及び連絡に要する時間、方法	距離			
	連絡に要する時間			
	方法			
上記のとおり診療所、助産所を2か所管理するため、医療法施行規則第9条の規定により申請します。 年 月 日 開設者 住 所 氏 名 鳥取市保健所長 様 〔 法人のときは主たる事務所所在地、その名称及び代表者職氏名 〕				