

## 助産所管理者兼任許可申請

年 月 日

明石市長 様

開設者住所 \_\_\_\_\_  
 (法人にあっては主たる事務所の所在地)

(ふりがな)  
 開設者氏名 \_\_\_\_\_  
 (法人にあっては、名称及び代表者の職氏名)

電 話            -            -            (担当:            )

次のとおり医療法第12条第2項の規定による許可を受けたいので、医療法施行規則第9条の規定に基づき申請します。

1 助産所の名称	
2 助産所の所在地	〒            - TEL            -            -            FAX            -            -
3 業 務 日 時	
4 患者入所定員	
5 従 業 者 定 員	助産師 _____ 人、医師 _____ 人、看護師 _____ 人、その他 _____ 人
6 嘱託医師等の状況	
7 管理者にする 助産師	氏 名 住 所
8 現に管理する 助産所	名 称
	所 在 地
	業 務 日 時
	従事者定員 助産師 _____ 人、医師 _____ 人、看護師 _____ 人、その他 _____ 人
嘱託医師等の状況	
9 この者に管理させようとする理由：	別紙のとおり
10 両勤務場所間の距離と連絡に要する時間：	キロメートル                      時間                      分

[提出数] 2部 (申請書一式)

[添付書類]

- 新たに管理者となる助産師の履歴書
- 新たに管理者となる助産師の免許証の写し (A4サイズ 原本照合が必要)
- 再教育研修修了登録証の写し (該当者のみ A4サイズ 原本照合が必要)

