明診　様式第１３号　　（医師・歯科医師が開設する場合）

診療所管理免除許可申請

年　　月　　日

明石市長　様

開設者住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（ふりがな）
開設者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
電　話　　－　　－　　（担当：　　）

次のとおり開設者による診療所管理を免除したいので、医療法第１２条第１項ただし書に基づき申請します。

１　診療所の名称（ふりがな）		
２　診療所の所在地	〒　　－ TEL　　－　　－　　FAX　　－　　－	
３　開設者自ら管理できない理由		
４　管理免除期間	年　　月　　日から 年　　月　　日まで	
５　管理者にしようとする者	住　所	
	氏　名	
	臨床研修修了登録証等 ※該当する□内に「✔」を記入する	□ 臨床研修修了登録証取得 年　　月　　日 □ 経過措置該当

〔提出数〕2部（申請書一式）

〔添付書類〕

□新たに管理者となる医師・歯科医師の履歴書

□新たに管理者となる医師・歯科医師の免許証の写し（Ａ４サイズ　原本照合が必要）

□新たに管理者となる医師・歯科医師の臨床研修等修了登録証の写し（Ａ４サイズ　原本照合が必要）

※医師免許平成16年3月31日以前、歯科医師免許平成18年3月31日以前取得の場合不要

□病気療養の場合、医師の診断書

□海外旅行の場合、海外渡航行程表（期間確認のため）

□公職等に就任する場合は、公職等の就任証明書（辞令等）

□その他やむを得ない理由を証明する書類等

履　　歴　　書

本　　籍　　_____都・道・府・県

現 住 所　　_____

氏（ふ）名（りがな）　　_____

生年月日　　年　　月　　日生

免許証登録番号　第　　号
登 録 年 月 日　　年　　月　　日
臨床研修修了登録年月日　　年　　月　　日

年　月　日	学歴（大学卒業以降）・職歴・賞罰（各別にまとめて書く）
賞罰	