

二以上の病院等の管理許可申請書

年 月 日

神奈川県知事 殿

〔法人であるときは、主たる事務所の所在地、名称及び代表者の氏名〕

住 所

開設者

氏 名

㊦

次のとおり 2以上の病院等の管理の許可を申請します。

- 1 管理者にしようとする者の住所及び氏名
- 2 現に管理している病院（診療所、助産所）
 - （1）開設者の住所及び氏名（法人であるときは、その名称及び主たる事務所の所在地）
 - （2）名称
 - （3）所在地
 - （4）診療科名、診療日及び診療時間
 - （5）病床数
 - （6）従業者の定員
- 3 新たに管理させようとする病院（診療所、助産所）
 - （1）開設者の住所及び氏名（法人であるときは、その名称及び主たる事務所の所在地）
 - （2）名称
 - （3）所在地
 - （4）診療科名、診療日及び診療時間
 - （5）病床数
 - （6）従業者の定員
- 4 申請理由
- 5 相互の距離及び連絡に要する時間
- 6 医療法第12条第2項各号のうち該当する規定

添付書類

管理者にしようとする臨床研修修了医師若しくは歯科医師の臨床研修修了登録証の写し若しくは助産師の免許証の写し及び履歴書