

第24号様式

開設者自身による管理免除許可申請書

(あて先)川崎市長

住所 川崎市川崎区宮本町〇番地

氏名 ×× ××

電話番号 044-〇〇〇-〇〇〇〇

次のとおり開設者自身による管理の免除の許可を受けたいので申請します。

名称	××××診療所		電話	〇〇〇-〇〇〇〇
所在地	川崎市川崎区宮本町〇番地			
管理者にしようとする者の氏名及び住所				
氏名	△△ △△	住所	△△市△△区△△町〇番地	
申請理由 長期病気療養のため				

添付書類 1 管理者にしようとする者が臨床研修修了医師又は臨床研修修了歯科医師(みなし臨床研修修了医師及びみなし臨床研修修了歯科医師を含む。)であるときは、臨床研修修了登録証(みなし臨床研修修了医師又はみなし臨床研修修了歯科医師であるときは、免許証)の写し及び履歴書

※ みなし臨床研修修了医師、みなし臨床研修修了歯科医師 医療法等の一部を改正する法律(平成12年法律第141号)附則第8条又は第11条の規定により臨床研修を修了した旨の登録を受けたものとみなされる者

2 前項に定めるもののほか、管理者にしようとする者が医師法第7条の2第1項の規定による厚生労働大臣の命令を受けた者又は歯科医師法第7条の2第1項の規定による厚生労働大臣の命令を受けた者であるときは、再教育研修修了登録証の写し

3 管理者にしようとする者が助産師であるときは、免許書の写し又は助産師名簿の謄本及び履歴書

※ 1、2、3の免許証、提出窓口で原本照合をしますので、原本を持参して下さい。

※ 病気療養の場合は、診断書を添付して下さい。その他、申請理由の根拠となる資料が必要になる場合があります。