

# 記入例

第27号様式

2以上の病院(診療所、助産所)の管理許可申請書

令和 3年 4月 1日

(あて先)川崎市長

住所 川崎市川崎区宮本町〇番地

氏名 社会福祉法人 〇〇会

理事長 ×× ××

(法人にあっては、主たる事務所の所在地、  
名称及び代表者の氏名)

電話番号 044-〇〇〇-〇〇〇〇

次のとおり2以上の病院(診療所、助産所)の管理の許可を受けたいので申請します。

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
現に管理している病院(診療所、助産所)			
名称	△△△△診療所	電話	〇〇〇-〇〇〇〇
所在地	川崎市川崎区東田町〇番地		
診療科名	診療日	診療時間	
内科	月～金	10:00～12:00 15:00～18:00	
開設者の氏名及び住所(法人の場合、その名称及び主たる事務所の所在地)			
氏名	△△ △△	住所	△△市△△区△△町〇番地
病床数	0床		
従業者の定員	7人		
新たに管理させようとする病院(診療所、助産所)			
名称	特別養護老人ホーム××××医務室		
所在地	川崎市川崎区宮本町〇番地	電話	〇〇〇-〇〇〇〇
診療科名	診療日	診療時間	
内科	土	12:00～13:00	
開設者の氏名及び住所(法人の場合、その名称及び主たる事務所の所在地)			
氏名	社会福祉法人 〇〇会	住所	川崎市川崎区宮本町〇番地
申請理由	特別養護老人ホーム新設による医務室が必要なため		
相互の距離及び連絡に要する時間	距離	所要時間	
	1.0 km	徒歩15分	

新たに管理する診療所の種別を含めて記載してください

- ・医師の確保を特に図るべき区域内に開設する診療所
- ・介護老人保健施設、介護医療院、特別養護老人ホーム 等
- ・事業所等の従業員を対象として開設される診療所
- ・休日急患診療所
- ・その他法令で認められている診療所等

添付書類 1 管理者にしようとする者が臨床研修等修了医師又は臨床研修等修了歯科医師(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婦名簿の謄本及び履歴書

※ 医師(歯科医師)免許証、臨床研修修了登録証は、提出窓口で原本照合します。そのため、原本を持参して下さい。