

第11号様式（第11条関係）

病 院
 診療所管理者兼任許可申請書
 助産所

年 月 日

いわき市長 様

住所（所在地）

申請者 氏名（名称及び代表者氏名）

㊟

電話番号

注意 □のある欄は、該当する箇所に☑印を付けてください。

管 理 者	住 所	電話番号				
	氏 名					
現 に 管 理 す る 施 設	種 類	<input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 診療所 <input type="checkbox"/> 助産所				
	名 称					
	所 在 地	電話番号				
	診 療 科 名					
	診 療 日					
	診 療 時 間					
	病 床 数	床				
	従 業 者 員 定 員 (人)	医 師	歯 科 医 師	助 産 師	そ の 他	合 計

新 た に 管 理 す る 施 設	種 類	<input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 診療所 <input type="checkbox"/> 助産所				
	名 称					
	所 在 地	電話番号				
	診 療 科 名					
	診 療 日					
	診 療 時 間					
	病 床 数	床				
	従 業 者 員 定 員 (人)	医 師	歯 科 医 師	助 産 師	そ の 他	合 計
	現に管理する施設との関係	距 離	km			
連 絡 方 法						
連 絡 に 要 する 時 間		時間 分				
2以上の施設を管理する理由	(医療法第12条第2項第 号に該当)					

備考 申請者と現に管理している病院、診療所又は助産所の開設者が異なる場合は、当該開設者の承諾書を添付してください。

付表（他に管理者を兼務している医療機関がある場合）

す で に 許 可 を 受 け 管 理 者 を 兼 務 し て い る 施 設 の 概 要 等	種 類	<input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 診療所 <input type="checkbox"/> 助産所				
	名 称					
	所 在 地	電話番号				
	診 療 科 名					
	診 療 日					
	診 療 時 間					
	病 床 数	床				
	従 業 者 員 定 員 (人)	医 師	歯 科 医 師	助 産 師	そ の 他	合 計
	現に管理す る施設との 関 係	距 離	km			
		連 絡 方 法				
連 絡 に 要 す る 時 間		時間 分				
2以上の施設を 管理する理由	(医療法第12条第2項第 号に該当)					