

診療所2か所（以上）管理許可申請書

年 月 日

（あて先）千葉市保健所長

開設者住所（法人の場合は主たる事務所所在地）
〒

連絡先電話番号（ ）

開設者氏名（法人の場合は名称、代表者職氏名）

（連絡先電子メールアドレス @ ）

下記のとおり2か所（以上）の診療所の管理を許可されたく申請します。

記

1 2か所管理の許可を受けようとする者

ふりがな		連絡先電話番号	()
(1) 氏名		番号	
(2) 住所	〒		

2 現に管理する診療所等

(1) 開設者					
(2) 名称		電話	()		
(3) 所在地	〒				
(4) 診療科名					
(5) 病床数	床（一般病床 床、療養病床 床）				
(6) 従業員の定員	医師	歯科医師	薬剤師	看護師	准看護師
	人	人	人	人	人
	助産師	歯科衛生士	事務員		合計
	人	人	人		人
(7) 診療日 診療時間					

3 新たに管理させようとする診療所

(1) 開設者					
(2) 名 称		電 話	()		
(3) 所在地	〒				
(4) 診療科名					
(5) 病床数	床 (一般病床 床、療養病床 床)				
(6) 従業員 の定員	医 師 人	歯科医師 人	薬剤師 人	看護師 人	准看護師 人
	助産師 人	歯科衛生士 人	事務員 人		合 計 人
(7) 診療日 診療時間					

4 当該臨床研修修了医師（歯科医師）に管理させようとする理由

5 相互の距離及び連絡（行き来）に要する時間（方法）

6 2か所管理開始予定年月日

年 月 日