

第5号様式

病院（診療所）2か所（以上）管理許可申請書

年 月 日

千葉県知事 様
(千葉県 保健所長 様)

開設者住所（法人の場合は主たる事務所所在地）
〒

電話 ()

開設者氏名（法人の場合は名称、代表者職氏名）

下記のとおり2か所(以上)の病院（診療所）の管理を許可されたく申請します。

記

1 管理者にする者の 住所、氏名	〒 氏名 電話 ()
---------------------	-------------------

2 現に管理している病院（診療所）

(1) 所在地、名称	〒 (ふりがな) 名称 電話 ()		
(2) 開設者の住所、氏名	〒 氏名 電話 ()		
(3) 診療科目			
(4) 患者入院定員			
(5) 従業員定員	医師 名	看護師 (准看護師) 名	薬剤師 名
	歯科医師 名	歯科衛生士 名	その他 名
(6) 診療日、診療時間			

3 新たに管理させようとする病院（診療所）

(1) 所在地、名称	〒 (ふりがな) 名称 電話 ()		
(2) 開設者の住所、氏名	〒 氏名 電話 ()		
(3) 診 療 科 目			
(4) 患者入院定員			
(5) 従業員定員	医 師 名	看護師 (准看護師) 名	薬剤師 名
	歯科医師 名	歯科衛生士 名	その他 名
(6) 診療日、診療時間			

4 当該医師（歯科医師）に管理させる理由

5 相互の距離及び行き来に要する時間、方法

6 2か所（以上）管理開始予定年月日

年 月 日

注意：新たに管理させる施設が診療所の場合は、申請あて名を所轄保健所長とすること。

添 付 書 類

1. 管理者の臨床研修修了登録証（※平成16年4月以降医師免許取得者、平成18年4月以降歯科医師免許取得者）の写し（要原本照合）、免許証の写し（要原本照合）及び履歴書
2. 両医療機関の開設者が異なる場合は、現に勤務している病院（診療所）開設者の管理承諾書