

病 院
診療所

2箇所（以上）管理許可申請書

年 月 日

（あて先）京 都 市 長

開設者の住所（法人にあっては、主たる事務所の所在地）
〒

電話 （ ）

開設者の氏名（法人にあっては、法人の名称及び代表者名）

下記のとおり，2箇所（以上）の診療所（病院）の管理の許可を申請します。

記

1 管理者にする者の住所，氏名	
-----------------	--

2 現に管理している診療所（病院）

(1) 名 称， 所 在 地	電 話 （ ）		
(2) 開設者の住所，氏名			
(3) 診 療 科 名			
(4) 病 床 数	床		
(5) 従 業 員 定 員	医 師 名	看 護 師 名	名
	歯科医師 名	歯科衛生士 名	合 計 名
(6) 診療日，診療時間			

3 新たに管理させようとする診療所（病院）

(1) 名称，所在地	電話（ ）		
(2) 開設者の住所，氏名			
(3) 診療科名			
(4) 病床数	床		
(5) 従業員定員	医師名	看護師名	名
	歯科医師名	歯科衛生士名	合計名
(6) 診療日，診療時間			
(7) 医療法第12条第2項各号のうち該当する規定(該当に○)	2号(※ ¹) 3号(※ ²) 4号(※ ³) 5号(※ ⁴)		

※1 介護老人保健施設その他の厚生労働省令で定める施設に開設する診療所

※2 事業所等に従業員等を対象として開設される診療所

※3 地域における休日又は夜間の第三十条の三第一項に規定する医療提供体制の確保のために開設される診療所

※4 その他厚生労働省令で定める場合

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箇所（以上）管理開始予定年月日

年 月 日

添付書類

- 1 管理者にする者の医師又は歯科医師免許証(※)の写し及び履歴書
- 2 1の者の免許取得日が，医師は平成16年4月1日以降，歯科医師は平成18年4月1日以降の場合，臨床研修修了登録証(※)の写し
(※)については，原本照合を行うため原本も持参のこと。
- 3 両医療機関の開設者が異なる場合は，既に管理している医療機関開設者の管理承諾書