(様式4)

病院管理者設置許可申請書

令和 年 月 日

(宛先) 寝屋川市長

開設者住所 (〒 -)

氏名

電話 ()

FAX ()

E-mail

〔 開設者の住所、氏名を記載のこと。 〕

下記のとおり、管理者を設置したいので、医療法第12条第1項ただし書き及び同法施行規則第8条の規定により申請します。

保健所受付印

提出部数：2部

(様式4)

1	ふりがな							
	病院名							
2	開設の場所	郵便番号	〒 ー					
		所在地						
		電話	()					
		F A X	()					
		e-mail						
3	診療科名							
	(※欄外「注1～4」参照)							
4	現在の許可病床数		一般	療養	精神	結核	感染症	計
		開設又は変更許可病床数	床	床	床	床	床	床
		使用許可病床数	床	床	床	床	床	床
5	管理者設置の理由							
6	管理者の診療廃止予定年月日	令和 年 月 日						
7	管理者にしようとする者	住所	電話 ()					
	(免許証の写し及び履歴書を添付)	氏名						

注1 医療法施行令第3条の2に規定されている診療科名であること。

2 医療法第6条の6第1項による厚生労働大臣の許可を受けた診療科名とは、「麻酔科」である。

3 診療科名に「・」を使用している場合は、診療科名を区切る際は「,」を使用し、「・」は使用しないこと。

4 既に病院又は診療所の管理者になっている者は、新たに病院の管理者にはなれない。

5 当該許可を受けた後、管理者の変更を行った際には、管理者変更届(様式7)の提出が必要。

・添付書類

1 臨床研修修了登録証(該当者のみ)

2 医師免許証もしくは歯科医師免許証の写し(保健所で原本照合済みのもの)

3 履歴書

(1) 現住所、氏名、生年月日、学歴及び職歴が記載されているもの

(2) 職歴については、就職、退職の旨及びその時期が明確に記載されていること

提出部数：2部