

助産所 2 か所管理許可申請書

令和 年 月 日

(宛先) 寝屋川市保健所長

開設者 住 所.....
氏 名.....
電話番号 (.....).....
(法人の場合は主たる事務所の所在地、名称、代表者職・氏名)

下記のとおり、助産所を 2 か所管理したいので、医療法第 12 条第 2 項及び同法施行規則第 9 条の規定により申請します。

記

1 助産所の名称	フリガナ				
	名 称				
2 管理者の住所 及び氏名	郵便番号	(—)			
	住 所	都道 府県 郡市 区			
	電話番号	() —	F A X	() —	
	氏 名				
3 2 か所管理	現に管理している助産所		新たに管理する助産所		
①助産所の名称	(フリガナ)		(フリガナ)		
②開設の場所	郵便番号	(—)	郵便番号	(—)	
	所 在 地		所 在 地		
	電話番号	() —	電話番号	() —	
③開設者氏名					
④入所定員	人		人		
⑤従業者の 定員	助 産 師	名	助 産 師	名	
	そ の 他	名	そ の 他	名	

保健所受付印

様式 9

	現に管理している助産所								新たに管理する助産所									
⑥ 勤務日 及び 勤務時間	勤 務 日							勤務時間	勤 務 日							勤務時間		
	月	火	水	木	金	土	日		祝	月	火	水	木	金	土		日	祝
									～									～
									～									～
								～									～	
⑦ 2か所管理の理由																		
⑧ 現在管理している助産所と新たに管理する助産所との間の距離及び連絡に要する時間		距 離		時 間		方 法												
		Km		時間 分														
⑨ 管理する期間		令和 年 月 日 から 令和 年 月 日まで																

【添付書類】

- 1 管理者の助産師免許証の写し（原本照合済）及び履歴書
- 2 管理者の再教育研修修了登録証の写し（原本持参）※
- 3 2か所管理の理由を裏付ける資料
- 4 地図（助産所間の主な連絡経路、その距離及び所要時間を明記したもの）

※再教育研修修了登録証の写は、保健師助産師看護師法第 15 条の 2 第 1 項の規定による厚生労働大臣の命令を受けた者にあつては、同条第 3 項の規定による登録を受けた者について添付が必要。