別記様式第１６号（規格Ａ４）（第４条関係）

２以上の（病院・診療所・助産所）管理許可申請書

年　　月　　日

　　　群馬県知事　　　　　あて

住所（）

開設者

氏名（）

　　医療法第12条第２項の規定により、２以上の（病院・診療所・助産所）管理許可を、次のとおり申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 管理者 | 住所 | |  | | | | | | |
| 氏名 | |  | | | | | | |
| 現に管理している病院、  診療所又は助産所 | 名称 | |  | | | | | | |
| 所在地 | | 電話（　　）　　―　　　番 | | | | | | |
| 診療科名 | |  | | | | | | |
| 診療時間 | |  | | | | | | |
| 病床数 | | 室　　　　床 | | | | | | |
| 従業員  定員 | | 医師 | 歯科医師 | | 助産師 | (准)看護師 | 薬剤師 | その他 |
|  |  | |  |  |  |  |
| 新たに管理しようとする  病院、診療所又は助産所 | 名称 | |  | | | | | | |
| 所在地 | | 電話（　　）　　―　　　番 | | | | | | |
| 診療科名 | |  | | | | | | |
| 診療時間 | |  | | | | | | |
| 病床数 | | 室　　　　床 | | | | | | |
| 従業員  定員 | | 医師 | 歯科医師 | | 助産師 | (准)看護師 | 薬剤師 | その他 |
|  |  | |  |  |  |  |
| ２以上の病院、診療所又は助産所を管理しようとする理由 |  | | | | | | | | |
| 管理する病院、診療所又は助産所相互間の距離、連絡に要する時間及び連絡方法 | 距離 | ㎞ | | | 連絡方法 |  | | | |
| 時間 | 時　　分 | | |  | | | |

　添付書類

　　　申請者（既存の病院（診療所・助産所）管理者をして自ら開設する病院（診療所・助産所）の管理者を兼任させようとする者）と管理者が雇用関係にない場合、当該管理者及び管理者の雇用主の承諾書