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