明診　様式第１３号　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（医師・歯科医師が開設する場合）

**診療所管理免除許可申請**

　　　　年　　月　　日

明石市長　様

開設者住所

電 話 － － （担当：　　　）

次のとおり開設者による診療所管理を免除したいので、医療法第１２条第１項ただし書に基づき申請します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| １ |  | | |
| ２　診療所の所在地 | 〒　　　－  TEL　　　　-　　　　-　　　　　FAX　　　　-　　　　- | | |
| ３　開設者自ら管理できない理由 |  | | |
| ４　管理免除期間 | 年　　　月　　　日から  　　　　年　　　月　　　日まで | | |
| ５　管理者にしようとする者 | 住　所 |  | |
| 氏　名 |  | |
| 臨床研修修了登録証等  ※該当する□内に「**✔**」を記入する | | □ 臨床研修修了登録証取得  　　　　年　　　月　　　日  □ 経過措置該当 |

〔提出数〕2部（申請書一式）

〔添付書類〕

□新たに管理者となる医師・歯科医師の履歴書

□新たに管理者となる医師・歯科医師の免許証の写し（Ａ４サイズ　原本照合が必要）

□新たに管理者となる医師・歯科医師の臨床研修等修了登録証の写し（Ａ４サイズ　原本照合が必要）

※医師免許平成16年3月31日以前、歯科医師免許平成18年3月31日以前取得の場合不要

□病気療養の場合、医師の診断書

□海外旅行の場合、海外渡航行程表（期間確認のため）

□公職等に就任する場合は、公職等の就任証明書（辞令等）

□その他やむを得ない理由を証明する書類等

**履歴書**

本　籍　　　　　　　都・道・府・県

現住所

|  |
| --- |
|  |

生年月日　　　　　年　　月　　日生

免許証登録番号　第　　　　　　　　　号

登録年月日　　　　　年　　月　　日

臨床研修修了登録年月日　　　　　年　　月　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 年　月　日 | 学歴（大学卒業以降）・職歴・賞罰（各別にまとめて書く） |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| 賞罰 |  |