明診　様式第１４号

**診療所管理者兼任許可申請**

　　　　年　　月　　日

明石市長　様

開設者住所

（法人にあっては主たる事務所の所在地）

（法人にあっては、名称及び代表者の職氏名）

電 話 － － （担当：　　　）

次のとおり管理者を兼任したいので、医療法第１２条第２項に基づき申請します。

|  |  |
| --- | --- |
| １　 |  |
| ２　診療所の所在地 | 〒　　　－　　　　TEL　　　　-　　　　-　　　　　FAX　　　　-　　　　-　　　　 |
| ３　診　療　科　目 |  |
| ４　診　療　日　時 |  |
| ５　 | 医　師　　 　人、看護職　　 　人、薬剤師　　 　人、その他　　 　人 |
| ６　管理者にする医師（歯科医師） | 氏　　名住　　所医・歯医籍　第　　　　　　号　　　　　年　　　　月　　　　日登録 |
| 臨床研修修了等登録証等※該当する□内に「**✔**」を記入する | □ 臨床研修修了等登録証取得　　　年　月　 日□ 経過措置該当 |
| ７　現に管理する診療所 | 名　　称 |
| 所 在 地 |
| 診療科目 |
| 診療日時 |
| ８　当該医師に管理させようとする理由：別紙のとおり |
| ９　両勤務場所間の距離と連絡に要する時間：　　　　　キロメートル　　　　　時間　　　分 |

〔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

**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 |  |