年　　月　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 病　院 |  |
| 診療所 | 管理免除許可申請書 |
| 助産所 |  |

（※該当しない項目を二重線で消してください）

|  |  |
| --- | --- |
| 開設者住所 |  |
|  | (電話) |
| 氏名 |  |
|  |  |

病　院

診療所　の開設者自身による管理の免除について、医療法第１２条第１項の規定により申請します。

助産所

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 名称 | |  |
| 所在地 | | 広島市　　　　　区 |
| (電話)　　　　　　　　　　(FAX)　　　　　　　　　(E-mail) |
| 管理免除を  必要とする理由 | |  |
| 管理者に  しようとする者 | 氏名 |  |
| 住所 |  |
| 担当者所属・氏名等 | | (電話) |

※　軽微な誤記、明らかな誤字脱字、記載漏れ等は、市が訂正・追記します。（承諾されない方はお申し出ください。）

（添付書類）

１　病院及び診療所については、管理者にしようとする者の臨床研修終了登録証及び免許証の写し（又は原本証明）

２　助産所については、助産師の免許証の写し（又は原本提示）

３　管理者にしようとする者の履歴書及び承諾書