

兼 任 管 理 解 除 (変 更) 届

年 月 日

三重県知事

あて

開 設 者 住 所
〔 法人の場合は主たる
事務所の所在地 〕

開 設 者 氏 名
〔 法人の場合は名称
及び代表者の職氏名 〕

電話 ()

FAX ()

次のとおり病院（診療所、助産所）の兼任管理を（ 解除・変更 ）したいので届出します。

※ 解除又は変更のいずれかに○をつけてください。

1 管理者の住所・氏名

2 現に管理している病院（診療所又は助産所）

名 称

所 在 地

3 新たに許可を受けた病院（診療所又は助産所）

名 称

所 在 地

4 兼任管理許可年月日

5 解除・変更年月日

6 解除・変更理由

7 変更内容

	現に管理している 病院等	新たに許可を受けた病院等	
		変 更 前	変 更 後
診 療 日			
診 療 時 間			
診 療 科 目			

保健所受付印