

兼 任 管 理 継 続 届

年 月 日

保健所長 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）の兼任管理を継続したいので届出します。

1 管理者の住所・氏名

住 所
氏 名

2 管理者の本務病院（診療所又は助産所）

名 称
所 在 地

3 兼任管理を受けている病院（診療所又は助産所）

名 称
所 在 地

4 兼任管理許可年月日 年 月 日

5 兼任管理継続期間（1年間）
年 月 日～ 年 月 日

6 継続理由

保健所受付印