様式第18（第１条）

|  |
| --- |
| 病院診療所助産所 施 設 使 用 許 可 申 請 書年　　月　　日　　愛　知　県　知　事　殿　　（愛知県　　保健所長）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　開設者　住　　　　所（法人の場合は、主たる事務所の所在地）　　　　 氏　　　　名　　　　　　　　　下記の病院診療所助産所の施設を使用することを許可してください。 　　　　　　　　　　　　　　　　　　（法人の場合は、名称及び代表者の職・氏名）　　　 記 |
|  | １　名　称　等 |  |
| 名称 |  |  |
| 所在地 |  |  |
| 診療科名 |  |  |
| 管理者氏名 |  |  |
| ２　許可を受けようとする施設 |  |
| 　　　　　　　年　　　　　月　　　　　日付け　　　　　第　　　　　号で開設許可を受けた施設 |  |
| 　　　　　　　年　　　　　月　　　　　日付け　　　　　第　　　　　号で開設許可事項の一部変更許可を受けた施設 |  |
| 　　　　　　　年　　　　　月　　　　　日付け　　　　　第　　　　　号で開設届をした施設 |  |
| 　　　　　　　年　　　　　月　　　　　日付け　　　　　第　　　　　号で開設届出事項の一部変更届をした施設 |  |
| ３　実地検査に代えて自主検査によることの申出の有無 |  |
| 有　・　無 |  |
|  |  |

備考　１　用紙の大きさは、日本工業規格Ａ４とする。

２　実地検査に代えて自主検査によることの申出の有無の欄は、該当するものを○で囲み、有の場合は、自主検査の結果を記載した書類を添付すること。