

様式第18号（第2条関係）

病 院
診療所の使用(変更使用)許可申請書
助産所

年 月 日

富山県知事

殿

厚生センター所長

住所
申請者 氏名
(法人にあっては、主たる事務所の所在地、名称並びに代表者の氏名及び印)
電話 ()

次のとおり病院（診療所、助産所）の施設（又は変更施設）の使用について許可を受けたいので、医療法第27条の規定により申請します。

名 称			所在地															
管 理 者 氏 名			住 所															
診 療 科 目																		
許 可 病 床 数	精神病床	感染症病床	結核病床	療養病床	一般病床	計												
従業者数(人)	職 種	医師	歯科医師	薬剤師	助産師	看護師		看護補助者	栄養士	そ の 他						計		
						正看	准看											
						現在(見込)人												
法定人員																		
許可を受ける事項	年 月 日 第 号による(開設・変更)許可書のとおり (部分、 回目使用許可)																	
使用開始予定期日	年 月 日																	

備考

- 申請書には、次に掲げるものを添付してください。
 - 部分的に使用許可を受ける場合には、当該箇所の平面図（色分け等により許可を受けようとする部分を明らかにしたもの）
 - 手数料相当分の富山県収入証紙
- 記名押印に代えて、申請者（法人にあっては、その代表者）が自署することができます。