年　　月　　日

　福井市長　あて

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　開設者住所

（主たる事務所の所在地）

開設者氏名　　　　　　　　　　　　　(※)

　　　　　　　　　　　　　　　　　　（名称及び代表者の氏名）

(※)代表者が手書きしない場合は、記名押印してください。

　下記のとおり巡回診療所の開設許可を申請します。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　記

１.名　　　称

２.所　在　地

３.開設予定年月日　　　　　　年　　月　　日　　～　　　　　　年　　月　　日

４.

５.　　　　　　　　　　　　　　　～

６.(実施責任者)

　　　　（１）住　　　所

　　　　（２）氏　　　名

　　　　（３）医籍登録番号、年月日　　　　　　　　番　　　　　 年　　月　　日

７.

８.維持の方法および診療報酬の徴収方法

備考

１　管理者免許証、履歴書、巡回診療所平面図、付近見取図、従事者名簿、

定款を添付すること。