令和　　　年　　月　　日

　西宮市保健所長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　開設者住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　開設者氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　電　話　　（　　　　）　　－

　　　　　　　　　　　　　　　　　　ＦＡＸ　　（　　　　）　　－

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　記

|  |  |
| --- | --- |
| １．診療所所在地 |  |
| ２．診療所名称 |  |
| ３．開設者が自ら管理できない理由、その期間 |  |
| ４．管理者にしようとする者の住所・氏名 | 住所氏名 |

|  |
| --- |
|  　西保総　指令第　　　号 　　　　　　 　令和　　年　　月　　日 　　　　　　　　　　　　　　　　　　**西宮市保健所長** |