

年 月 日

（あて先）八戸市保健所長

開設者 郵便番号  
住所  
氏名  
（法人にあつては、主たる事務所の所在地、名称及び代表者の氏名）  
電話番号

### 診療所・助産所検査申請書

診療所・助産所の使用をする許可を受けたいので、医療法第 27 条の規定により、次のとおり申請します。

診療所・助産所の名称等	名称	
	所在地	〒  (電話) (FAX)
検査を受ける事項	年 月 日付け（指令第 号）により許可（届出）を受けた（した）事項のとおり	
使用開始予定年月日	年 月 日	
連絡先等	名称	
	所在地	〒  (電話) (FAX)
	担当者職氏名	

#### 注意事項

部分的に使用をするために検査の申請をしようとするときは、平面図に検査を受けようとする部分を朱線で明示したものを添付すること。