別記第４７号の１７様式（第２条関係）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　Ｃ-１水準

技能向上集中研修機関指定申請書

年　　月　　日

熊本県知事　　　　　　　　様

開設者　住所　〒

電話番号

氏名

法人にあっては、名称、代表者の氏名及び主たる事務所の所在地

　医療法第１１９条第１項の規定により次のとおり技能向上集中研修機関の指定を受けたいので、申請します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 開設者 | 住所（法人であるときは主たる事務所の所在地） | ふりがな |
|  |
| 氏名（法人であるときは名称） | ふりがな |
|  |
| 管理者の氏名 | | ふりがな |
|  |
| 病院又は診療所の名称 | | ふりがな |
|  |
| 病院又は診療所の所在の場所 | | ふりがな |
| 〒  　　　　　　　　　　　　　　　電話番号 |
| 医療法第１１９条第１項の指定に係る業務の内容（該当する番号を○で囲むこと。） | | １　医師法第１６条の２第１項の臨床研修に係る業務  ２　医師法第１６条の１１第１項の研修に係る業務 |