様式第１９号（第８条関係）

年　　月　　日

高松市保健所長

開設者　住　所

氏　名

（法人にあっては、主たる事務所の所在地並びに名称及び代表者の氏名）

病　院
診療所構造設備使用許可申請書
助産所

病　院
次のとおり診療所の構造設備の使用許可を受けたいので、医療法第27条の規定により
助産所

申請します。

名　　称	TEL：
所　在　地	（〒　　－　　） 高松市
診　療　科　名	
開設の許可（届出）年月日	年　　月　　日
構造変更の許可（届出）年月日	年　　月　　日
使用開始予定年月日	年　　月　　日
使用許可を受けようとする施設	

備考

使用許可を受けようとする施設を明示した平面図を添付してください。