

宿直医師設置免除に係る診療体制確保承認申請書

年 月 日

熊本市保健所長(宛)

申請人(管理者)

印

医療法第 16 条ただし書の規定により医師を宿直させないこととする病院の診療体制の確保に係る医療法施行規則第 9 条の 15 の 2 の規定による承認について次のとおり申請します。

管 理 者	(フ リ ガ ナ)												
	氏	名											
住 所 (管 理 者 の 自 宅 の 住 所)	住 所		〒										
	(管 理 者 の 自 宅 の 住 所)												
(フ リ ガ ナ)													
名 称													
開 設 の 場 所		〒		校区									
				TEL		FAX							
診 療 科 目													
病 床 数		一般		療養		精神		結核		感染症		合計	
		床		床		床		床		床		床	
所 長	課 長	副課長	主 幹	主 査	班 員		起案						
							年 月 日 この申請について許可証を 交付してよろしいか。						
受 付 印			決 裁 印			許 可 年 月 日							
						平成 年 月 日							
						指 令 番 号							
						指令 (医政) 第 号							

備考 氏名を自署する場合は、押印は不要です。

添付書類

- 「連絡を受ける医師の場所」について、距離や移動時間等が確認できる見取り図等を添付すること。
- 「医師が適切な診療が行える状態の確保の有無」について、「有」とした場合には当該事項が確認できる医療機関内の規定や内規等を添付すること。

<p>病院に医師を宿直させない理由</p>		
<p>医師が速やかに診療を行える体制の確保状況について</p>	<p>連絡体制</p>	
	<p>連絡を受ける医師の場所</p>	
	<p>医師が適切な診療が行える状態の確保の有無</p>	<p>有 ・ 無</p>