第34号様式（第26条関係）

病院医師宿直免除申請書

　　年　　月　　日

大分県知事 　殿

住所

申請者

氏名　　　　　　　　印

電話番号(　　)　－

下記のとおり医療法施行規則第９条の15の２の適用を受けたいので、同条の規定により申請します。

印

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

注　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

医療機関内の規程等を添付すること。