

様式第 28 号

年 月 日

(あて先) 山形市保健所長

郵便番号
管理者 住 所
氏 名

宿直医師免除承認申請書

病院に宿直の医師を置かないことの承認を受けたいので、医療法第 16 条ただし書の規定により下記のとおり申請します。

記

1 名 称	
2 開設の場所	〒 電話
3 診療科目	

4 宿直医師を置かない理由

--

5 医師が速やかに診療を行える体制の確保状況

連 絡 体 制	
連絡を受ける医師の場所	
医師が適切な診療を行える状態の確保の有無	有 ・ 無

備考 医師が適切な診療を行える状態の確保の有無の欄が有の場合は、その事実が確認できる病院の規程等を添付すること。