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。