

年 月 日

病院内における医師の宿直免除認定申請書

(病院隣接場所に医師が待機している場合を除く)

(宛先)
広島市保健所長

管理者住所 _____
(電話)

氏名 _____

病院内に宿直の医師を置かないことについて、医療法施行規則第9条の15の2の規定により申請します。

病 院 の 名 称		
開 設 の 場 所		広島市 区 (電話) (FAX) (E-mail)
宿 直 医 師 を 置 か ない 理 由		
医師が速やかに診療を行う体制の確保状況	連絡体制	(入院患者の病状が急変した場合に、「誰が」「誰に」「どのように」連絡するかについて、わかりやすく記載)
	連絡を受ける医師の場所	(病院から○kmの医師住宅等、速やかに駆けつけることができる場所であることがわかるよう記載)
	医師が適切な診療を行える状態の確保の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
担当者所属・氏名等		(電話)

※ 軽微な誤記、明らかな誤字脱字、記載漏れ等は、市が訂正・追記します。(承諾されない方はお申し出ください。)

(添付書類)

「医師が適切な診療を行える状態の確保の有無」について「有」とした場合には、客観的に当該事項が確認できる病院内の規程や内規等

◎ここから下には記入しないでください。

(書類審査)

受付印	審査年月日	審査者	認定年月日	認定期間 年 月 日から 年 月 日まで			
	施設基準等 適・否		指令番号 広島市指令保環特第 号				
	(受付)		(伺い)				
係	専門員	係	係長	課長	照合	公印	施行