

年 月 日

(あて先) 秋 田 県 知 事

住所

氏 名

印

〔法人であるときは、主たる事務所
の所在地、名称及び代表者の氏名〕

医師宿直免除の許可について (申請)

医師宿直の免除について、医療法第 1 6 条ただし書の規定により、次のとおり申請します。

- 1 病院の名称及び所在地
- 2 診療科名
- 3 宿直の医師を置かない理由
- 4 宿直医師の業務をする医師の宿舍と当該病院との距離
- 5 宿直医師の業務をする医師と当該病院との連絡方法