

様式第23号

病院医師宿直免除申請書

(A4判)

年 月 日

(あて先) 秋田県知事

住所

氏名

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

医師の宿直免除について（申請）

医療法施行規則第9条の15の2の規定により病院に医師を宿直させないことについて次のとおり申請します。

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		

【文書作成責任者等の連絡先】

(住所)

(責任者または担当者名)

(連絡先) 電話番号:

メールアドレス:

備考 「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や内規等を添付してください。