

(連携 B 水準用)

(文書番号)
令和 年 月 日

(あて先) 秋田県知事

医療機関の名称
医療機関の所在地
開設者名

連携型特定地域医療提供機関の指定申請について

良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保を推進するための医療法等の一部を改正する法律（令和 3 年法律第 49 号。以下「改正法」という。）附則第 5 条の規定により改正法第 3 条の規定による改正後の医療法（昭和 23 年法律第 205 号。以下「医療法」という。）第 118 条の規定により、次のとおり申請します。

1. 開設者

住所（法人であるときは事務所の所在地）	ふりがな
氏名（法人であるときはその名称）	ふりがな

2. 指定を予定する医療機関

管理者の氏名	ふりがな
名称	ふりがな
所在地	ふりがな

3. 添付書類

- ① 医師労働時間短縮計画（案）
- ② 医療法第 118 条第 1 項の指定に係る派遣の実施に関する書類(※1)
- ③ 医療法第 118 条第 2 項において準用する同法第 113 条第 3 項第 2 号の要件（面接指導・休息時間の確保を行うことができる体制が整備されていること）を満たすことを証する書類(※2)
- ④ 医療法第 118 条第 2 項において準用する同法第 113 条第 3 項第 3 号の要件（労働に関する法律の規定の違反等がないこと）を満たすことを誓約する書類
- ⑤ 医療法第 132 条の規定により通知された同法第 131 条第 1 項第 1 号の評価の結果（医療機関勤務環境評価センターにおける評価結果）を示す書類

(※1) 例：派遣先医療機関からの辞令（匿名化）、医師に対する副業・兼業許可証など

(※2) 評価センターの受審結果を添付してください。