

(C－1 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

技能向上集中研修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119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. 医療法第 119 条第 1 項の指定に係る業務の内容（該当する条項を○で囲むこと。）

第 1 号 医師法第 16 条の 2 第 1 項の臨床研修に係る業務

第 2 号 医師法第 16 条の 11 第 1 項の研修に係る業務

4. 添付書類

- ① 医師労働時間短縮計画（案）
- ② 医療法第 119 条第 1 項の指定に係る業務があることを証する書類(※1)
- ③ 医療法第 119 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 119 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) 年次報告等により県で確認ができるため、省略して構いません。

(※2) 評価センターの受審結果を添付してください。