

病院医師宿直免除承認申請書

年 月 日

(あて先)

一 宮 市 保 健 所 長

管理者 住 所

氏 名

次のとおり、病院に医師を宿直させないことについて申請します。

病 院 の 名 称							
開 設 の 場 所							
診 療 科 目							
病 床 数		一般	療養	精神	結核	感染症	合計
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					

備考 「医師が適切な診療が行える状態の有無」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定、内規等を添付すること。