**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。