

医師宿直免除申請書

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。