別記様式第１８号（規格Ａ４）（第４条関係）

病院医師宿直免除申請書

平成　　年　　月　　日

　　群馬県知事　　　　　あて

管理者　住所

氏名

医療法施行規則第９条の15の２の規定により病院に医師を宿直させないことについて次のとおり申請します。

印

|  |  |
| --- | --- |
| 病院の名称 |  |
| 開設の場所 |  |
| 電話番号 |  |
| 診療科目 |  |
| 病床数 | 一般 | 療養 | 精神 | 結核 | 感染症 | 合計 |
| 床 | 床 | 床 | 床 | 床 | 床 |
| 病院に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 |  |
| 医師が適切な診療を行える状態の確保の有無 | 有　　　　　・　　　　　無 |

（注）「医師が適切な診療を行える状態の確保の有無」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程や内規等を添付すること。