

医師宿直免除許可申請書

年 月 日

群馬県知事 へ

住所
管理者

氏名

印

医療法第16条ただし書の規定により、医師宿直免除許可を次のとおり申請します。

名 称			
所 在 地	電話() - 番		
診 療 科 名			
宿直医師を置かない 理 由			
宿直医師としての 業務を行う医師の 宿舍と当該病院との 距 離 等	距 離	m	連 絡 方 法