様式第２号（連携型特定地域医療提供機関（連携Ｂ水準）指定申請）

（文 書 番 号）

　年　月　日

広島県知事　様

開設者住所

開　設　者

（開設者が法人であるとき）

代表者氏名　○○　○○

連携型特定地域医療提供機関の指定申請について

良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保を推進するための医療法等の一部を改正する法律（令和３年法律第49号。以下「改正法」という。）附則第５条の規定により改正法第３条の規定による改正後の医療法（昭和23年法律第205号。以下「医療法」という。）第118条の規定により、別紙のとおり申請する。

別紙

１　指定を予定する医療機関

|  |  |
| --- | --- |
| 管理者の氏名 | ふりがな |
|  |
| 名　　　　称 | ふりがな |
|  |
| 所在の場所 | ふりがな |
|  |

２　地域の医療提供体制を確保するために、当該医師の派遣が必要である理由

|  |
| --- |
| ※実施している医師派遣をいくつか（３例程度）の業務類型に分類し、記載してください。 |