

様式第19号

病院医師宿直免除認定申請書

年 月 日

広島県知事様

管理者 住 所
氏 名

病院に医師を宿直させないこととしたいので、次のとおり病院の医師が速やかに診療を行う体制が確保されていることを認定してください。

病院の名称							
所在地							
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					

添付書類

- 1 連絡を受ける医師の場所と病院の所在地との関係を明示した付近の略図
- 2 医師が適切な診療を行える状態の確保の有無について確認することができる病院の規程等

- 注 1 不用の文字は、消すこと。
2 用紙の大きさは、日本産業規格A列4とする。