

様式第 28 号（第 2 条関係）

宿直医師免除許可申請書

年 月 日

（あて先）静岡市保健所長

住所
管理者
氏名
電話

次のとおり医療法第 16 条ただし書の規定により宿直医師の免除の許可を受けたいので申請します。

病 院 の 名 称	
開 設 の 場 所	
診 療 科 名	
宿直医師の業務を行う医師の宿舎と当該病院との距離及び連絡方法	

（注）管理者氏名欄には、管理者が署名し、又は記名押印してください。