

様式第45号の2（第2条関係）

宿直医師免除認定申請書

年 月 日

（宛先）静岡市保健所長

住所
管理者
氏名

次のとおり医療法施行規則第9条の15の2の規定により宿直医師の免除の認定を受けたいので申請します。

| | | | | | | | |
|--------------------------|-----------------------|----|----|----|----|-----|----|
| 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 | | | | | | |

（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定や内規等を添付してください。