様式第50号の２（第３条関係）　病院医師宿直免除診療体制認定申請書

|  |
| --- |
| 病院医師宿直免除診療体制認定申請書年　　月　　日　愛媛県知事　　　　　　様住所管理者氏名　　　　　　　　　　　　　　　㊞　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 病院の名称 |  |
| 所在の場所 |  |
| 診療科名 |  |
| 病院の医師の定員 |  |
| 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うことのできる体制の確保状況 | 連絡を受ける医師 | 氏名 |  |
| 住所 |  |
| 病院までの距離 |  |
| 連絡体制 |  |
| 医師が適切な診療を行うことのできる状態の確保の有無 | 有　　　　　・　　　　　無 |

　注１　記名押印に代えて署名することができる。

２　「連絡を受ける医師」欄は、病院に勤務する医師のうち、当該病院に最も近い場所に居住する医師について記載すること。

３　「医師が適切な診療を行うことのできる状態の確保の有無」欄は、該当するものに○を付すること。

４　連絡を受ける医師の住所と病院とを明示した位置図（当該医師の住所と当該病院との距離、連絡方法、連絡から徒歩による到着までに要する時間等を記載すること。）を添付すること。

５　医師が適切な診療を行うことのできる状態の確保の有無について、「有」に○を付した場合にあっては、医師が適切な診療が行える状態が確保されていることが確認できる病院の規程、内規等を添付すること。