第１８号様式の２（第２条関係）

医師宿直免除認定申請書

年　　月　　日

　越谷市長　宛

　　　　　　　　　　　　　　　　病院　所 在 地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　名　　称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　管 理 者

　次のとおり、医療法施行規則第９条の１５の２の認定を申請します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 診療科目 | |  |
| 病床数 | |  |
| 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  な診療が行  える状態の  確保の有無 | 有　　　・　　　無 |

備考　「医師が適切な診療が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程、内規等を添付すること。