

年 月 日

殿

管理者 住所  
氏名

病院医師宿直免除申請書

下記のとおり，病院に医師を宿直させないことの確認を受けたいので，医療法施行規則第9条の15の2の規定により申請します。

|                          |                      |       |     |     |     |     |
|--------------------------|----------------------|-------|-----|-----|-----|-----|
| 名 称                      |                      |       |     |     |     |     |
| 所 在 地                    |                      |       |     |     |     |     |
| 診 療 科 名                  |                      |       |     |     |     |     |
| 病 床 数                    | 精 神                  | 感 染 症 | 結 核 | 療 養 | 一 般 | 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 |     |     |     |     |

(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」とした場合は，当該事項が確認できる医療機関内の規程や内規等を添付すること。