

様式第11号（第2条関係）

医師宿直免除認定申請書

年 月 日

岩手県知事 様

管理者 住所
氏名

医療法施行規則第9条の15の2の規定により病院に医師を宿直させないことについて次のとおり申請します。

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
宿直医師を置かない理由							
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	(病院までの距離及び所要時間： km, 分)					
	医師が適切な診療が行える状態の確保の有無	有 ・ 無					

(注)「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」とした場合には客観的に当該事項が確認できる医療機関の規定・内規等を添付すること。