様式第30号の13

特定地域医療提供機関（Ｂ水準）指定申請書

年　　月　　日

　宮城県知事　　　　　　　　　　殿

開設者の住所

開設者の氏名

|  |  |
| --- | --- |
|  | (法人にあっては、名称、主たる  事務所の所在地及び代表者の氏名) |

電話　　　　　(　　　)

　医療法（昭和23年法律第205号）第113条第1項の規定により、特定地域医療提供機関（Ｂ水準）の指定を受けたいので、次のとおり申請します。

1　開設者の住所及び氏名

|  |  |
| --- | --- |
| 住所 | 〒 |
| 氏名 |  |

（注）　開設者が法人である場合は、「住所」欄には法人の主たる事務所の所在地を、「氏名」欄には法人の名称を記入すること。

2　指定を予定する医療機関

|  |  |
| --- | --- |
| 管理者の氏名 |  |
| 名称 |  |
| 所在の場所 |  |

3　医療法第113条第1項の指定にかかる業務の内容（該当する条項に○を記入）

|  |  |
| --- | --- |
|  | 第1号 救急医療 |
|  | 第2号 居宅等における医療 |
|  | 第3号 地域において当該病院又は診療所以外で提供することが困難な医療 |

添付資料

1　医師労働時間短縮計画（案）

2　医療法第113条第1項の指定に係る業務があることを証する書類

3　医療法第113条第3項第2号の要件を満たすことを証する書類

4　医療法第113条第3項第3号の要件を満たすことを誓約する書類

5　医療法第132条の規定により通知された同法第131条第1項第1号の評価の結果を示す書類

別紙

医療法第113条第1項の指定に係る業務があることを証する書類

※申請書の３が「第１号　救急医療」の場合のみ必要

|  |  |
| --- | --- |
| 医療機関名 |  |

救急医療機関の指定等

|  |  |
| --- | --- |
| 三次救急医療機関 |  |
| 二次救急医療機関 |  |

　　※該当する方に〇を記入。二次救急医療機関の場合は下記を記入。

|  |  |
| --- | --- |
| 年間救急車受入件数 | 件 |
| 年間での夜間・休日・時間外入院人数 | 人 |
| 備考 |  |

　　※前年１～１２月実績を基本とする。