様式第30号の15

連携型特定地域医療提供機関（連携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118条第1項の規定により、連携型特定地域医療提供機関（連携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 |  |

添付資料

1 医師労働時間短縮計画（案）

2 医療法第118条第1項の指定に係る派遣の実施に関する書類

3 医療法第118条第2項において準用する同法第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118条第2項において準用する同法第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118条第1項の指定に係る派遣の実施に関する書類

|  |  |
| --- | --- |
| 医療機関名 |  |

派遣先医療機関

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 通し番号 | 医療機関名 | 所在市町村※ | 備考 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

※宮城県以外の市町村の場合、都道府県名から記載