

病院医師宿直免除申請書

年 月 日

佐賀県知事 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
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。

(この事務に係る担当者氏名及び連絡電話番号)

届出等の書類に記載されている個人情報については、当該業務以外の目的には使用しません。また、第三者に提供しません。
 なお、県における個人情報の取扱いについては、佐賀県プライバシーポリシー及び行動プログラムで定めております。