様式２（連携B水準用）

文書番号

　年　月　日

佐賀県知事　○○　○○　殿

|  |  |
| --- | --- |
| 医療機関の名称 |  |
| 医療機関の所在地 |  |
| 開設者名 |  |

連携型特定地域医療提供機関の指定申請について

良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保を推進するための医療法等の一部を改正する法律（令和３年法律第49号。以下「改正法」という。）附則第５条の規定により改正法第３条の規定による改正後の医療法（昭和23年法律第205号。以下「医療法」という。）第118条の規定により、次のとおり申請します。

１．指定を予定する医療機関

|  |  |
| --- | --- |
| 管理者の氏名 | ふりがな |
|  |
| 名称 | ふりがな |
|  |
| 所在地 | ふりがな |
|  |

２．添付書類

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（※1）

③　医療法第118条第２項において準用する法第113条第３項第２号の要件（面接指導及び休息時間の確保を行うことができる体制が整備されていること）を満たすことを証する書類（※2）

④　医療法第118条第２項において準用する法第113条第３項第３号の要件（労働に関する法律に基づく処分等を受けたことがないこと）を満たすことを誓約する書類（様式５）

⑤　医療法第132条の規定により通知された法第131条第１項第１号の評価（医療機関勤務環境評価センターにおける評価）の結果を示す書類

（※1）例：派遣先医療機関からの辞令又は医師に対する副業・兼業許可証等（医師名は匿名化してください）

（※2）評価センターの受審結果報告書で要件を満たすことがわかる場合は、追加資料は不要です。