様式第20（第１条関係）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 病院医師宿直免除承認申請書医師宿直免除許可申請書年　　月　　日　　（宛先）岡崎市保健所長　管理者　住所　　　氏名　　　　　　　　　（※）（※）本人（代表者）が手書きしない場合は、記名押印してください。下記のとおり、病院に医師を宿直させないことについて承認してください。記

|  |  |
| --- | --- |
| 名称 |  |
| 所在地 |  |
| 診療科名 |  |
| 病床数 | 精神 | 感染症 | 結核 | 療養 | 一般 | 合計 |
|  |  |  |  |  |  |
| 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うことができ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 |  |
| 医師が適切な診療を行うことができる状態の確保の有無 | 有　　　　　・　　　　　無 |

 |
|  |  |  |
|  |  |

　備考　１　用紙の大きさは、日本工業規格Ａ４とする。

２　「医師が適切な診療を行うことができる状態の確保の有無」を「有」とした場合には、その内容を確認することができる病院の規程等を添付すること。