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  　　愛　知　県　知　事　殿  　　（愛知県　　保健所長）  管理者　住所  　　　氏名  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。