

年 月 日

高松市保健所長

管理者 住所
氏名

病院宿直医師免除許可申請書

次のとおり病院に医師を宿直させないことの許可を受けたいので、医療法第16条ただし書の規定により申請します。

病 院 の 名 称	TEL:				
所 在 地	(〒 -) 高松市				
診 療 科 名					
病床の種別ごとの病床数	一 般 床	療 病 養 床	結 核 床	精 神 床	感 染 症 床
宿直医師を置かない理由					
連絡を受ける医師の氏名					
医師が速やかに診療を行える体制の確保状況	連絡体制				
	連絡を受ける医師の所在				
	医師が適切な診療が行える状態の確保の方法				

備考

病院から医師の宿舎等までの見取図を添付してください。