

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 病 床	療 養 病 床	結 核 病 床	精 神 病 床	感 染 症 病 床
宿直の業務を行う 医師の氏名及び 宿舎等の住所	氏 名				
	住 所	(病院からの距離 約 メートル)			
病院から医師への 連絡方法					
宿直医師を置かない 理由					

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。