文書番号

　年　月　日

　福井県知事　　　　　　　　様

○○病院長　○○　○○

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、別紙のとおり申請する。

１．開設者

|  |  |
| --- | --- |
| 住所（法人であるときは主たる事務所の所在地） | ふりがな |
|  |
| 氏名（法人であるときはその名称） | ふりがな |
|  |

２．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 |
|  |
| 所在の場所 | ふりがな |
|  |

３．地域の医療提供体制を確保するために、当該医師の派遣が必要であることについて

|  |
| --- |
| 例）①福井市外で分娩を取り扱う病院に医師を派遣し、１人平均週○日の派遣（夜間宿直）で年間○例の分娩に対応している。（１人当たり平均年○時間、他院での時間外労働を行っている。）これは、～のために産科医療の提供体制を確保するために必要なものである。②医師確保が困難な病院に医師を派遣し、１人平均週○日の宿直及び月○日の当直により、救急対応を行っている。（１人当たり平均年○時間、他院での時間外労働を行っている。）これは、～のために救急医療の提供体制を確保するために必要なものである。③医師確保が困難なへき地の病院に医師を派遣し、１人平均月○日、日直の対応を行っている。（１人当たり平均年○時間、他院での時間外労働を行っている。）これは、～のためにへき地の○○医療の提供体制を確保するために必要なものである。※実施している医師派遣をいくつか（３例程度）の業務類型に分類し、記載してください。 |

４．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

　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号の要件を満たすことを証する書類

　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号の要件を満たすことを誓約する書類（様式６）

　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号の評価の結果を示す書類