様式第３７号（第３条関係）

病院医師宿直免除認定申請書

年　　月　　日

（宛先）松山市保健所長

住所
管理者
氏名

<table>
<tr><td colspan="2">病院の名称</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td colspan="2">病院の所在地</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td colspan="2">診療科目</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td colspan="2" rowspan="2">病床数</td><td>一般</td><td>療養</td><td>精神</td><td>結核</td><td>感染症</td></tr>
<tr><td>床</td><td>床</td><td>床</td><td>床</td><td>床</td></tr>
<tr><td colspan="2">病院に医師を
宿直させない理由</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td rowspan="3">医師が速やかに診療を行える体制の確保状況について</td><td>連絡体制</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td>連絡を受ける医師の待機場所</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td>医師が適切な診療が行える状態の確保の有無</td><td colspan="5">有　・　無</td></tr>
</table>

注１　連絡を受ける医師の待機場所と病院を明示した位置図（距離，徒歩による連絡に要する時間等を記載したもの）を添付してください。

２　「医師が適切な診療が行える状態の確保の有無」欄を「有」とした場合は，そのことが確認できる医療機関内の規程，内規等を添付してください。

３　その他保健所長が必要と認める書類を添付してください。