様式２　（連携型特定地域医療提供機関（連携Ｂ水準）指定申請書）

第　　　号

年 月 日

長野県知事 様

開設者

住 所

氏名又は名称

（代表者名）

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条の規定に基づき申請する。

１．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 |
|  |

２．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項の指定にかかる派遣の実施に関する書類（添付資料２）

　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（添付資料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

※③ 医療法第113条第３項第２号の要件を満たすことを証する書類については、医療勤務環境評価センターによる評価結果の通知書（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）を代替として扱うことが可能です。

添付書類２

医療法第118条第１項に規定する業務があることを証する書類

|  |  |
| --- | --- |
| 医療機関名 |  |

１．派遣先医療機関一覧（既存の一覧表を添付しても構いません。）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| No. | 派遣元診療科名 | 派遣先医療機関名 | 派遣延べ人数 |
| １ |  |  |  |
| ２ |  |  |  |
| ３ |  |  |  |
| ４ |  |  |  |
| ５ |  |  |  |
| ６ |  |  |  |
| ７ |  |  |  |
| ８ |  |  |  |
| ９ |  |  |  |
| 10 |  |  |  |
| 11 |  |  |  |
| 12 |  |  |  |
| 13 |  |  |  |
| 14 |  |  |  |
| 15 |  |  |  |
| 16 |  |  |  |
| 17 |  |  |  |
| 18 |  |  |  |
| 19 |  |  |  |
| 20 |  |  |  |
| 21 |  |  |  |
| 22 |  |  |  |
| 23 |  |  |  |
| 24 |  |  |  |
| 25 |  |  |  |

※必要に応じて行を追加してください。

（続く）

２．医療提供体制の確保のために、医師の派遣が必要である理由及び、その医師の派遣により勤務医の時間外労働の上限を（960時間）を超えざるを得ない理由を記載してください。

|  |
| --- |
|  |