第　　　　　　号

令和　年　月　日

兵庫県知事　　様

住所

団体名

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

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（法人の場合は法人所在地） |  |
| 氏名（法人の場合はその名称） |  |

２．指定を予定する医療機関

|  |  |
| --- | --- |
| 医療機関所在地 |  |
| 医療機関名 |  |
| 管理者氏名 |  |

３．添付書類（下記全ての書類を添付すること）

①医師労働時間短縮計画書

②連携型特定地域医療提供機関　医師派遣一覧**【様式２（別紙）】**

（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）

③面接指導並びに休息時間確保体制が整備されていることを証する書類

（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労働法制にかかる違反、その他の措置がないことを証する誓約書**【様式５】**

（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）

⑤医療機関勤務環境評価センターの評価結果通知書

（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）