様式３（連携型特定地域医療提供機関（連携Ｂ水準）指定申請）

（文書番号）

　年　月　日

島根県知事　　　　　　　様

開設者住所

開設者

（開設者が法人であるとき）

代表者氏名

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条の規定により、下記のとおり申請する。

記

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項の指定に係る派遣の実施に関する書類（様式４）

③　医療法第118条第２項において準用する同法第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同法第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同法第131条第１項第１号の評価の結果を示す書類