様式第１号

年　　　月　　　日

救　　急　　医　　療　　協　　力　　病　　院

に関する申出書

救急医療協力診療所

茨城県知事　　　　　　　　　　　殿

開設者住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　法人にあっては主たる

事　　　務　　　所　　　の　　　　所　　　在　　　地

氏　　　名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　法人にあっては、その名称

及　び　代　　表　　者　　の　　職　　・　　氏　　名

救急医療協力病院・診療所として救急業務に関し協力したいので、下記により申し出ます。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 1病院・診療所の名称 |  |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| 2病院・診療所の所在地 |  |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| 3診療科名 |  |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| 4許可病床 |  |
| 　　　　　　　　　床 |

規則第３条第１項第１号関係

○担当医師等の概要

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 氏名 | 常勤非常勤の別 | 担当診療科名 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

※医師の経歴が分かる書類を添付してください。

○宿日直体制の概要

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 職種時日 | 医師 | 看護師 | （注）人数は、平均的勤務人数を記入すること。うち、常勤者数を（　）書きで再掲すること。 |
| 平時 | 人（　人） | 人（　人） |
| 夜間 | 人（　人） | 人（　人） |
| 日曜・祝日 | 人（　人） | 人（　人） |
| （その他参考となる事項） |

規則第３条第１項第２号関係

○救急医療について必要な施設、設備の概要

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 名称・形式 | 台数 | 備考 |
| エックス線装置 |  | 台 |  |
| 心電計 |  | 台 |  |
| 輸血・輸液のための設備 |  | 台 |  |
| その他必要な設備 |  | 台 |  |

※手術室の位置は図面により図示してください。