様式第１号（特定地域医療提供機関（Ｂ水準）指定申請）

文書番号

　年　　月　　日

茨城県知事　大井川　和彦　殿

開設者住所

開　設　者

（開設者が法人であるとき）

代表者氏名

特定地域医療提供機関指定申請について

医療法第113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

|  |  |
| --- | --- |
| 医療機関名 |  |
| 管理者の氏名 |  |
| 所在地 |  |

２　医療法第113条第１項の指定にかかる業務の内容（該当する条項を○で囲むこと。）

　第１号　救急医療

　第２号　居宅等における医療

　第３号　地域において当該病院又は診療所以外で提供することが困難な医療

３　年間救急車受入れ台数及び年間での夜間・休日・時間外入院件数

　　（前項の指定に係る業務の内容が第１号に該当する場合に直近３年のうち最大のものを記載）

|  |  |
| --- | --- |
| 実績年 | 　　　　年 |
| 年間救急車受入台数 | 　　　　　　　　　　　件 |
| 年間での夜間・休日・時間外入院件数 | 　　　　　　　　　　　件 |

４　添付書類

　・医師労働時間短縮計画（案）

・医療法第113条第１項に規定する業務があることを証する書類

・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

・医療法第113条第３項第３号の要件を満たすことを誓約する書類（様式第６号）

・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

様式第２号（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

茨城県知事　大井川　和彦　殿

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

医療法第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

|  |  |
| --- | --- |
| 医療機関名 |  |
| 管理者の氏名 |  |
| 所在地 |  |

２　添付書類

　・医師労働時間短縮計画（案）

・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

・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

・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

・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

様式第３号（技能向上集中研修機関（Ｃ-１水準）指定申請）

文書番号

　年　　月　　日

茨城県知事　大井川　和彦　殿

開設者住所

開　設　者

（開設者が法人であるとき）

代表者氏名

技能向上集中研修機関の指定申請について

医療法第119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

|  |  |
| --- | --- |
| 医療機関名 |  |
| 管理者の氏名 |  |
| 所在地 |  |

２　医療法第119条第１項の指定に係る業務の内容（該当する条項を○で囲むこと。）

　第１号　医師法第16条の２第１項の臨床研修に係る業務

　第２号　医師法第16条の11第１項の研修にかかる業務

３　添付書類

・医師労働時間短縮計画（案）

・医療法第119条第１項の指定に係る業務があることを証する書類

・医療法第119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

・医療法第119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

・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

様式第４号（特定高度技能研修機関（Ｃ-２水準）指定申請）

文書番号

　年　　月　　日

茨城県知事　大井川　和彦　殿

開設者住所

開　設　者

（開設者が法人であるとき）

代表者氏名

特定高度技能研修機関の指定申請について

医療法第120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

|  |  |
| --- | --- |
| 医療機関名 |  |
| 管理者の氏名 |  |
| 所在地 |  |

２　添付書類

　・医師労働時間短縮計画（案）

・医療法第120条第１項の指定に係る業務があることを証する書類

・医療法第120条第１項の確認を受けたことを証する書類

・医療法第120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

・医療法第120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

・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

様式第５号（特定労務管理対象機関指定通知書）

医人第　号

　　年　　月　　日

（申請者名称）

（代表者氏名）　　　　　　　殿

茨城県知事　大井川　和彦

○○機関の指定について

　○年○月○日付け第○号にて申請のあった件について、下記のとおり指定することとしたので通知する。

　なお、当該指定については、医療法第○条【第115条、第118条第２項、第119条第２項、第120条第２項】の規定に基づき、その効力を３年間とする。

記

指定医療機関名：○○病院

管理者の氏名　：

所在地　　　　：

　　　指定区分　　　：○○機関（特定地域医療提供／連携型特定地域医療提供／

技能向上集中研修／特定高度技能研修）

指定有効期間　：令和　　年　　月　　日より３年間

様式第６号（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）

誓　　約　　書

当○○病院は、医療法第113条第3項第3号に規定する要件を満たしていることを誓約いたします。

この誓約が虚偽であり、又はこの誓約に反したことにより、当方が不利益を被ることとなっても、異議は一切申し立てません。

 令和 年　　月　　日

 　 住所（又は所在地）

 　医療機関名及び代表者名

様式第７号（労働時間短縮計画の見直しその１）

文書番号

　年　　月　　日

茨城県知事　大井川　和彦　殿

医療機関住所

医療機関名

管理者氏名

労働時間短縮計画の変更について

〇〇機関の指定に係る労働時間短縮計画について、別紙のとおり変更したので、医療法第122条第２項の規定に基づき提出する。

【変更事項】

【変更理由】

様式第８号（労働時間短縮計画の見直しその２）

文書番号

　年　　月　　日

茨城県知事　大井川　和彦　殿

医療機関住所

医療機関名

管理者氏名

労働時間短縮計画の変更について

〇〇機関の指定に係る労働時間短縮計画については、見直しのための検討を行った結果、変更する必要がないと認めたので、医療法第122条第３項の規定に基づき、その旨提出する。

様式第９号（指定に係る業務の変更）

文書番号

　年　　月　　日

茨城県知事　大井川　和彦　殿

開設者住所

開　設　者

（開設者が法人であるとき）

代表者氏名

○○機関の指定に係る業務の変更について

○年○月○日第○号にて（指定医療機関名）が〇〇機関として受けた指定に係る業務について、下記のとおり変更することとしたので、医療法〇条【第116条第１項／第118条第２項の規定により準用する同法第116条第１項／第119条第２項の規定により準用する同法第116条第１項／第120条第２項の規定により準用する同法第116条第１項】の規定に基づき申請する。

記

１　指定に係る業務の変更を予定する医療機関

|  |  |
| --- | --- |
| 医療機関名 |  |
| 管理者の氏名 |  |
| 所在地 |  |

２　変更しようとする事項及び変更理由

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 変更前 | 変更後 | 変更理由 |
|  |  |  |

様式第10号（業務変更承認通知書）

医人第　号

　　年　　月　　日

（申請者名称）

（代表者名）　　　　　　　殿

茨城県知事　大井川　和彦

○○機関の指定に係る業務の変更承認について

○年○月○日付け第○号にて変更申請のあった件について、医療法第116条の規定に基づき、当該変更を承認することとしたので通知する。

様式第11号（指定取消）

医人第　号

　　年　　月　　日

（申請者名称）

（代表者氏名）　　　　　　　殿

茨城県知事　大井川　和彦

○○機関の指定取消しについて

　○年○月○日付け第○号にて（指定医療機関名）を〇〇機関として指定した件について、医療法第○条【第117条第１項／第118条第２項の規定により準用する同法第117条第１項／第119条第２項の規定により準用する同法第117条第１項／第120条第２項の規定により準用する同法第117条第１項】の規定に基づき、当該指定を取り消すこととしたので通知する。

指定取消事由：