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）

令和　年　月　日

山梨県知事　○○　○○　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　○○病院長　○○　○○

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）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  （法人であるときは主たる事務所の所在地） | ふりがな |
|  |
| 氏　　　名  （法人であるときはその名称） | ふりがな |
|  |

２．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 |
|  |

３．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（様式6）
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9）
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
6. 提出書類チェックシート（様式10）