様式１－１（特定地域医療提供機関（Ｂ水準）指定申請）

令和　年　月　日

福岡県知事　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　○○病院長　○○　○○

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「法」という。）第113条の規定により、下記のとおり申請する。

記

1. 開設者

|  |  |
| --- | --- |
| 住所（法人であるときは主たる事務所の所在地） |  |
| 氏名（法人であるときはその名称） |  |

1. 指定を予定する医療機関

|  |  |
| --- | --- |
| 管理者の氏名 |  |
| 名　称 |  |
| 所在の場所 |  |

1. 医療法第113条第１項の指定にかかる業務の内容（該当する条項に☑又は■を記入すること。複数の号に該当する場合は全て記入すること。）

□　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

４．添付書類

1. 労働時間短縮計画（案）（医療機関勤務環境評価センターの評価を受けたもの）
2. 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（様式１－２）
3. 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（医療機関勤務環境評価センターによる評価結果の通知書）
4. 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５）
5. 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（医療機関勤務環境評価センターによる評価結果の通知書（③と兼ねる））