様式第１号の２（第２条関係）　特定地域医療提供機関指定更新申請書

|  |
| --- |
| 特定地域医療提供機関指定更新申請書 |
| 年　　月　　日 |
|  |
| 愛媛県知事　　　　　　様 |
|  |
|  |  | 住所（法人にあっては、 |
|  | 開設者 | 主たる事務所の所在地） |
|  | 氏名（法人にあっては、 |
|  |  | 名称及び代表者の氏名） |
| 指定の更新を受けようとする病院又は診療所 | 管理者の氏名 |  |
| 名称 |  |
| 所在地 |  |
| 医療法（昭和23年法律第205号）第113条第１項の指定に係る業務の内容 | □ | 救急医療 | □ | 居宅等における医療 |
| □ | 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 |
| 現に受けている指定の有効期間の満了日 | 年　　月　　日 |

注１　□のある欄は、該当する□の中にレ印を付けること。

２　次に掲げる書類を添付すること。

(１)　医療法第113条第２項に規定する労働時間短縮計画の案

(２)　医療法施行規則（昭和23年厚生省令第50号）第81条第２項に規定する書類