様式第１号の５（第２条関係）　連携型特定地域医療提供機関指定更新申請書

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 連携型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 |  | |
| 現に受けている指定の有効期間の満了日 | | 年　　月　　日 | |

注　次に掲げる書類を添付すること。

(１)　医療法（昭和23年法律第205号）第118条第２項において読み替えて準用する同法第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88条第２項に規定する書類