様式第１号の７（第２条関係）　技能向上集中研修機関指定更新申請書

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 技能向上集中研修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119条第１項の指定に係る業務の内容 | | □ | 医師法（昭和23年法律第201号）第16条の２第１項の臨床研修に係る業務 | |
| □ | 医師法第16条の11第１項の研修に係る業務 | |
| 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119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95条第２項に規定する書類