様式第１号の９（第２条関係）　特定高度技能研修機関指定更新申請書

|  |
| --- |
| 特定高度技能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120条第１項の指定に係る業務の内容 | □内科□外科□耳鼻咽喉科□麻酔科□形成外科 | □小児科□整形外科□泌尿器科□病理□ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ科 | □皮膚科□産婦人科□脳神経外科□臨床検査□総合診療 | □精神科□眼科□放射線科□救急科 |
| 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120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102条第２項に規定する書類