第３０号様式

医師宿直免除申請書

　　年　　月　　日

（宛先）川崎市長

所在地

名称

管理者氏名

電話番号

　次の施設に関する医師の宿直の免除を受けたいので申請します。

|  |  |
| --- | --- |
| 診療科名 |  |
| 病院に医師を宿直させない理由 | |
| 医師が速やかに診療を行える体制の確保状況 | 連絡体制 |
| 連絡を受ける医師の場所 |
| 医師が適切な診療を行える状態の確保の有無  有・無 |

添付書類　１　病院の所在地及び連絡を受ける医師の場所を示した図面

２　「医師が適切な診療を行える状態の確保の有無」が「有」の場合には、当該事項が確認できる書類