

添付書類 3-1 (へき地医療)

医療法第42条の2第1項第5号の要件に該当する旨を説明する書類

申請者名： _____ 印

住 所： _____

以下のとおり相違ありません。

| | |
|--------|--|
| 病 院 名 | |
| 病院の所在地 | |
| 管轄保健所名 | |

[へき地に所在する診療所に対する医師の延べ派遣日数]

| 支援診療所名 | 派遣日数 | 派遣医師数 | 医師の延べ派遣日数 |
|--------|------|-------|-----------|
| | 日間 | 人 | 人日 |
| | 日間 | 人 | 人日 |
| | 日間 | 人 | 人日 |
| | 日間 | 人 | 人日 |
| | 日間 | 人 | 人日 |
| 合 計 | | | 人日 |

(記載上の注意事項)

- 直近に終了した会計年度におけるへき地に所在する診療所（当該医療法人が開設又は指定管理者として管理するものを除く。）に対する医師の延べ派遣日数を記載すること。
- 当該病院の所在地の都道府県において行っている医師派遣について記載すること。

添付資料

- 医師派遣明細表
- へき地に所在する診療所に対する医師の延べ派遣日数を証明する書類（支援診療所との協定書等の写し）

医師派遣明細表

| 派遣日又は派遣期間 | 派遣日数 | 派遣先（診療所名） | 派遣医師数 | 医師の延べ派遣日数 | 受診可能診療科目 |
|-----------|------|-----------|-------|-----------|----------|
| | 日間 | | 人 | 人日 | |
| | 日間 | | 人 | 人日 | |
| | 日間 | | 人 | 人日 | |
| | 日間 | | 人 | 人日 | |
| | 日間 | | 人 | 人日 | |
| | 日間 | | 人 | 人日 | |
| | 日間 | | 人 | 人日 | |
| | 日間 | | 人 | 人日 | |
| | 日間 | | 人 | 人日 | |
| | 日間 | | 人 | 人日 | |
| | 日間 | | 人 | 人日 | |
| | 日間 | | 人 | 人日 | |
| | 日間 | | 人 | 人日 | |
| | 日間 | | 人 | 人日 | |
| | 日間 | | 人 | 人日 | |
| | 日間 | | 人 | 人日 | |
| 合 計 | — | — | — | 人日 | — |

(記載上の注意事項)

- 派遣日は「平成〇年〇月〇日」、派遣期間は「平成〇年〇月〇日～平成〇年〇月〇日」と記載すること。
- 受診可能診療科目は派遣医師が実際に診療できる科目を全て記載すること。