

添付書類 4-2 (へき地医療)

医療法第 4 2 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： _____

住 所： _____

以下のとおり相違ありません。

病 院 名	へき地医療拠点病院の指定 (有 ・ 無)
病院の所在地	
管轄保健所名	

[へき地に対する巡回診療の延べ診療日数]

地区名 (診療場所)	診療日数	診療医師数	延べ診療日数
	日間	人	人日
合 計			※ 人日

[国又は地方公共団体からの要請 (新型コロナウイルス感染症の発生又はまん延に起因するものに限る。以下同じ。) を受けて派遣を行うことができなかった日がある場合]

期間	日数
年 月 日～ 年 月 日	日
年 月 日～ 年 月 日	日
年 月 日～ 年 月 日	日
年 月 日～ 年 月 日	日
年 月 日～ 年 月 日	日
年 月 日～ 年 月 日	日
通算日数	日

	日間		人	人日		人
	日間		人	人日		人
	日間		人	人日		人
	日間		人	人日		人
	日間		人	人日		人
合 計	—	—	—	人日	—	—

(記載上の注意事項)

- 診療日は「令和〇年〇月〇日」、診療期間は「令和〇年〇月〇日～令和〇年〇月〇日」と記載すること。
- 受診可能診療科目は巡回診療に従事した医師が実際に診療できる科目を全て記載すること。