様式第30号の19

特定高度技能研修機関（Ｃ-2水準）指定申請書

年　　月　　日

　宮城県知事　　　　　　　　　　殿

開設者の住所

開設者の氏名

|  |  |
| --- | --- |
| 　 | （法人にあっては、名称、主たる事務所の所在地及び代表者の氏名） |

電話　　　　　(　　　)

　医療法第120条第1項の規定により、特定高度技能研修機関（Ｃ-2水準）の指定を受けたいので、次のとおり申請します。

1　開設者の住所及び氏名

|  |  |
| --- | --- |
| 住所 | 〒 |
| 氏名 | 　 |

（注）　開設者が法人である場合は、「住所」欄には法人の主たる事務所の所在地を、「氏名」欄には法人の名称を記入すること。

2　指定を予定する医療機関

|  |  |
| --- | --- |
| 管理者の氏名 |  |
| 名称 |  |
| 所在の場所 |  |

3　医療法第120条第1項の指定にかかる対象分野（該当するものを○で囲む）

内科　　　　　小児科　　　　皮膚科　　　　精神科　　　　外科

整形外科　　　産婦人科　　　眼科　　　　　耳鼻咽喉科　　泌尿器科

脳神経外科　　放射線科　　　麻酔科　　　　病理　　　　　臨床検査

救急科　　　　形成外科　　　リハビリテーション科　　　　総合診療

添付資料

1 　医師労働時間短縮計画（案）

2-1 医療法第120条第1項の指定に係る業務があることを証する書類

2-2 医療法第120条第1項の確認を受けたことを証する書類

3 　医療法第120条第2項において準用する同法第113条第3項第2号の要件を満たすことを証する書類

4 　医療法第120条第2項において準用する同法第113条第3項第3号の要件を満たすことを誓約する書類

5 　医療法第132条の規定により通知された同法第131条第1項第1号の評価の結果を示す書類