様式１－３（特定地域医療提供機関（Ｂ水準）業務変更申請）

令和　年　月　日

福岡県知事　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　○○病院長　○○　○○

特定地域医療提供機関の指定に係る業務の変更について

令和〇年〇月〇日〇医指第〇〇〇〇号－〇による特定地域医療提供機関の指定に係る業務について、変更することとしたので、医療法（昭和23年法律第205号。以下「法」という。）第116条第１項の規定により、下記のとおり申請する。

記

1. 医療法第113条第１項の指定にかかる業務の内容（該当する条項に☑又は■を記入すること。複数の号に該当する場合は全て記入すること。）

□　第１号　 救急医療

□　第２号　 居宅等における医療

□　第３号 地域において当該病院又は診療所以外で提供することが困難な医療

1. 変更しようとする事項及び変更理由

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 変更しようとする事項 | | 変更理由 |
| 変更前 | 変更後 |
|  |  |  |

1. 添付書類
2. 労働時間短縮計画（案）（医療機関勤務環境評価センターの評価を受けたもの）
3. 法第113条第１項に規定する業務があることを証する書類（様式１－２）
4. 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（医療機関勤務環境評価センターによる評価結果の通知書）
5. 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（様式５）
6. 法第132条の規定により通知された法第131条第１項第１号の評価の結果を示す書類（医療機関勤務環境評価センターによる評価結果の通知書（③と兼ねる））