様式８（時短計画変更なし届出）

令和　年　月　日

福岡県知事　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　○○病院長　○○　○○

労働時間短縮計画の変更について

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労働時間短縮計画については、見直しのための検討を行った結果、変更する必要がないと認めたので、医療法（昭和23年法律第205号）第122条第３項の規定に基づき、その旨届出する。

上記文面は次のとおり適宜変更とすること

【B水準のみの場合】

「～による特定地域医療提供機関の指定に係る労働時間短縮計画について」

【連携B水準のみの場合】

「～による連携型特定地域医療提供機関の指定に係る労働時間短縮計画について、」

【C-1水準のみの場合】

「～による技能向上集中研修機関の指定に係る労働時間短縮計画について、」

【C-2水準のみの場合】

「～による特定高度技能研修機関の指定に係る労働時間短縮計画について、」

【同一の指定日・指定番号で、複数水準の指定を受けている場合（例：B水準・連携B水準・C-1水準）】

「～による特定地域医療提供機関及び連携型特定地域医療提供機関並びに技能向上集中研修機関の指定に係る労働時間短縮計画について、」