**別記**

**第１号様式**（第10条関係）

年　　月　　日

高知県知事　様

申請者　住所

氏名　　　　　　　　　　　　㊞

法人の場合は、主たる事務所の所

在地、名称及び代表者の職・氏名

地域医療支援病院名称使用承認申請書

地域医療支援病院の名称の使用について医療法第４条第１項の承認を受けたいので、医療法施行規則第６条の規定により下記のとおり関係書類を添えて申請します。

記

１　病院の開設者の住所及び氏名（法人の場合は、主たる事務所の所在地及び名称）

２　病院の名称

３　病院の所在の場所及び電話番号

４　病院の病床数

５　病院の集中治療室、化学、細菌及び病理の検査施設、病理解剖室、研究室、講義室、図書室、救急用又は患者輸送用自動車並びに医薬品情報管理室の構造設備

（別紙のとおり）

注　１　次に掲げる書類を添えてください。

(１)　他の病院又は診療所から紹介された患者に対し医療を提供する体制が整備されていることを証する書類

(２)　病院において、共同利用のための体制が整備されていることを証する書類

(３)　救急医療を提供する能力を有することを証する書類

(４)　地域の医療従事者の資質の向上を図るための研修を行わせる能力を有することを証する書類

(５)　診療に関する諸記録の管理方法に関する書類

(６)　病院の管理及び運営に関する諸記録の管理方法に関する書類

(７)　診療に関する諸記録の閲覧方法に関する書類

(８)　病院の管理及び運営に関する諸記録の閲覧方法に関する書類

(９)　医療法施行規則第９条の19第１項に規定する委員会の委員の就任承諾書及び履歴書

(10)　病院の開設者が法人であるときは、定款、寄附行為又は条例の写し

２　４欄は、病床の種別ごとに記入してください。

３　５欄は、それぞれの構造設備ごとに、その概要を記入してください（別紙に記載して添えても構いません。）。