様式１（特定地域医療提供機関（Ｂ水準）指定申請）

令和　年　月　日

高知県知事　○○　○○　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　○○病院長　○○　○○

特定地域医療提供機関の指定申請について

良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保を推進するための医療法等の一部を改正する法律（令和３年法律第49号。以下「改正法」という。）附則第５条の規定により改正法第３条の規定による改正後の医療法（昭和23年法律第205号。以下「医療法」という。）第113条の規定により、別紙のとおり申請する。

１．開設者

|  |  |
| --- | --- |
| 住所（法人であるときは主たる事務所の所在地） | ふりがな |
|  |
| 氏名（法人であるときはその名称） | ふりがな |
|  |

２．指定を予定する医療機関

|  |  |
| --- | --- |
| 管理者の氏名 | ふりがな |
|  |
| 名　称 | ふりがな |
|  |
| 所在の場所 | ふりがな |
|  |

３．医療法第113条第１項の指定にかかる業務の内容（該当する条項を○で囲む

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

４．添付書類

　① 医師労働時間短縮計画（案）

　② 医療法第113条第１項に規定する業務があることを証する書類

　③ 医療法第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法第131条第１項第１号の評価の

結果を示す書類

様式２（連携型特定地域医療提供機関（連携Ｂ水準）指定申請）

令和　年　月　日

高知県知事　○○　○○　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　○○病院長　○○　○○

連携型特定地域医療提供機関の指定申請について

良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保を推進するための医療法等の一部を改正する法律（令和３年法律第49号。以下「改正法」という。）附則第５条の規定により改正法第３条の規定による改正後の医療法（昭和23年法律第205号。以下「医療法」という。）第118条の規定により、別紙のとおり申請する。

１．開設者

|  |  |
| --- | --- |
| 住所（法人であるときは主たる事務所の所在地） | ふりがな |
|  |
| 氏名（法人であるときはその名称） | ふりがな |
|  |

２．指定を予定する医療機関

|  |  |
| --- | --- |
| 管理者の氏名 | ふりがな |
|  |
| 名　称 | ふりがな |
|  |
| 所在の場所 | ふりがな |
|  |

３．添付書類

　① 医師労働時間短縮計画（案）

　② 医療法第118条第１項の指定にかかる派遣の実施に関する書類

　③ 医療法第118条第２項において準用する法第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118条第２項において準用する法第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法第131条第１項第１号の評価の結

果を示す書類様式３（技能向上集中研修機関（Ｃ-１水準）指定申請）

令和　年　月　日

高知県知事　○○　○○　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　○○病院長　○○　○○

技能向上集中研修機関の指定申請について

良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保を推進するための医療法等の一部を改正する法律（令和３年法律第49号。以下「改正法」という。）附則第５条の規定により改正法第３条の規定による改正後の医療法（昭和23年法律第205号。以下「医療法」という。）第119条の規定により、別紙のとおり申請する。

１．開設者

|  |  |
| --- | --- |
| 住所（法人であるときは主たる事務所の所在地） | ふりがな |
|  |
| 氏名（法人であるときはその名称） | ふりがな |
|  |

２．指定を予定する医療機関

|  |  |
| --- | --- |
| 管理者の氏名 | ふりがな |
|  |
| 名　称 | ふりがな |
|  |
| 所在の場所 | ふりがな |
|  |

３．医療法第119条第１項の指定に係る業務の内容（該当する条項を○で囲むこ

と。）

　　第１号　 医師法第16条の２第１項の臨床研修に係る業務

　　第２号　 医師法第16条の11第１項の研修にかかる業務

４．添付書類

① 医師労働時間短縮計画（案）

② 医療法第119条第１項の指定に係る業務があることを証する書類

③ 医療法第119条第２項において準用する法第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119条第２項において準用する法第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法第131条第１項第１号の評価の結

果を示す書類

様式４（特定高度技能研修機関（Ｃ-２水準）指定申請）

令和　年　月　日

高知県知事　○○　○○　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　○○病院長　○○　○○

特定高度技能研修機関の指定申請について

良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保を推進するための医療法等の一部を改正する法律（令和３年法律第49号。以下「改正法」という。）附則第５条の規定により改正法第３条の規定による改正後の医療法（昭和23年法律第205号。以下「医療法」という。）第120条の規定により、別紙のとおり申請する。

１．開設者

|  |  |
| --- | --- |
| 住所（法人であるときは主たる事務所の所在地） | ふりがな |
|  |
| 氏名（法人であるときはその名称） | ふりがな |
|  |

２．指定を予定する医療機関

|  |  |
| --- | --- |
| 管理者の氏名 | ふりがな |
|  |
| 名　称 | ふりがな |
|  |
| 所在の場所 | ふりがな |
|  |

３．添付書類

① 医師労働時間短縮計画（案）

② 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

③ 医療法第120条第１項の確認を受けたことを証する書類

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

⑤ 医療法第120条第２項において準用する法第113条第３項第３号の要件を満

たすことを誓約する書類

⑥ 医療法第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

様式５（特定労務管理対象機関指定通知書）

令和　年　月　日

○○病院　○○ ○○　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　高知県知事　○○　○○

○○機関の指定について

　○年○月○日付け第○号にて申請のあった件について、貴院を○○○○機関として指定することとしたので通知する。

　なお、当該指定については、良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保を推進するための医療法等の一部を改正する法律（令和３年法律第49号。以下「改正法」という。）附則第５条の規定により改正法第３条の規定による改正後の医療法（昭和23年法律第205号）第115条（第118条第２項、第119条第２項、第120条第２項）の規定に基づき、その効力を３年間とする。

指定有効期間：令和６年４月１日より３年間

様式６（誓約書様式）

　誓　　約　　書

当○○病院は、医療法（昭和23年法律第205号）第113条第3項第3号に規定する要件を満たしていることを誓約いたします。

この誓約が虚偽であり、又はこの誓約に反したことにより、当方が不利益を被ることとなっても、異議は一切申し立てません。

 令和 年　　月　　日

 　 住所（又は所在地）

 　医療機関名及び代表者名　　　　　　　　　　　　　　　　印

様式７　（業務変更申請）

令和　年　月　日

高知県知事　○○　○○　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　○○病院長　○○　○○

○○機関の指定に係る業務の変更について

○年○月○日付け第○号にて○○機関として受けた指定に係る業務について、別紙のとおり変更することとしたので、医療法（昭和23年法律第205号）【第116条第１項／第118条第２項の規定により準用する同法第116条第１項／第119条第２項の規定により準用する同法第116条第１項／第120条第２項の規定により準用する同法第116条第１項】の規定に基づき申請する。

*※本文中の条文については、以下を参照し、直接条文を記載する。*

*・特定地域医療提供機関（Ｂ水準）の指定に係る業務の変更の場合*

*→医療法第116条第１項*

*・連携型特定地域医療提供機関（連携Ｂ水準）の指定に係る業務の変更の場合*

*→医療法第118条第２項の規定により準用する同法第116条第１項*

*・技能向上集中研修機関（Ｃ-１水準）の指定に係る業務の変更の場合*

*→医療法第119条第２項の規定により準用する同法第116法第１項*

*・特定高度技能研修機関（Ｃ-２水準）の指定に係る業務の変更の場合*

*→医療法第120条第２項の規定により準用する同法第116条第１項*

＜共通項目＞

１．開設者

|  |  |
| --- | --- |
| 住所（法人であるときは主たる事務所の所在地） | ふりがな |
|  |
| 氏名（法人であるときはその名称） | ふりがな |
|  |

２．指定に係る業務の変更を予定する医療機関

|  |  |
| --- | --- |
| 管理者の氏名 | ふりがな |
|  |
| 名　称 | ふりがな |
|  |
| 所在の場所 | ふりがな |
|  |

＜特定地域医療提供機関の場合＞

３．医療法第113条第１項の指定に係る業務の内容（該当する条項を○で囲むこと。）

　　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

４．添付書類

　① 医師労働時間短縮計画の変更の案

　② 医療法第113条第１項に規定する業務があることを証する書類

　③ 医療法第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

＜連携型特定地域医療提供機関の場合＞

３．添付書類

　① 医師労働時間短縮計画の変更の案

　② 医療法第118条第１項の指定に係る派遣の実施に関する書類

　③ 医療法第118条第２項において準用する法第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118条第２項において準用する法第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法第131条第１項第１号の評価の結

果を示す書類

＜技能向上集中研修機関（Ｃ-１水準）の場合＞

３．医療法第119条第１項の指定に係る業務の内容（該当する条項を○で囲む。）

　　第１号　 医師法第16条の２第１項の臨床研修に係る業務

　　第２号　 医師法第16条の11第１項の医療に関する最新の知見及び技能に関する研修に係る業務

４．添付書類

① 医師労働時間短縮計画の変更の案

② 医療法第119条第１項の指定に係る業務があることを証する書類

③ 医療法第119条第２項において準用する法第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119条第２項において準用する法第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法第131条第１項第１号の評価の結

果を示す書類

＜特定高度技能研修機関（Ｃ-２水準）の場合＞

３．添付書類

① 医師労働時間短縮計画の変更の案

② 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

③ 医療法第120条第１項の確認を受けたことを証する書類

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

⑤ 医療法第120条第２項において準用する法第113条第３項第３号の要件を満

たすことを誓約する書類

⑥ 医療法第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

＜共通項目＞

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 変更前 | 変更後 | 変更理由 |
|  |  |  |

５．変更しようとする事項及び変更理由

様式８　（業務変更承認通知書）

令和　年　月　日

○○病院　○○　○○　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　高知県知事　○○　○○

○○機関の指定に係る業務の変更承認について

　○年○月○日付け第○号にて変更申請のあった件について、当該変更を承認することとしたので通知する。

様式９（業務変更申請）　*※連携型特定地域医療提供機関の例*

令和　年　月　日

高知県知事　○○　○○　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　○○病院長　○○　○○

連携型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

○年○月○日付け第○号にて○○機関として受けた指定に係る業務について、別紙のとおり変更することとしたので、医療法（昭和23年法律第205号）【第118条第２項の規定により準用する同法第116条第１項】の規定に基づき申請する。

＜添付書類＞

　① 医師労働時間短縮計画の変更の案

　② 医療法第118条第１項の指定に係る派遣の実施に関する書類

　③ 医療法第118条第２項において準用する法第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118条第２項において準用する法第113条第３項第３号の要件を満

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 変更前 | 変更後 | 変更理由 |
| ○○○科、△△△科に所属する医師に特例水準を適用する。 | ○○○科に所属する医師に特例水準を適用する。 | 医療機関の診療科体制が大きく変わる等、指定の判断の前提となる事実が大きく変容したため。 |

様式１０（指定取消し通知書）

令和　年　月　日

○○病院　○○　○○　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　高知県知事　○○　○○

○○機関の指定取消しについて

　○年○月○日付け第○号にて貴院を○○機関として指定した件について、医療法（昭和23年法律第205号）【第117条第１項／第118条第２項の規定により準用する同法第117条第１項／第119条第２項の規定により準用する同法第117条第１項／第120条第２項の規定により準用する同法第117条第１項】の規定に基づき、当該指定を取り消すこととしたので通知する。

指定取消事由：医療法【第117条第１項／第118条第２項の規定により準用する同法第117条第１項／第119条第２項の規定により準用する同法第117条第１項／第120条第２項の規定により準用する同法第117条第１項】第○号に規定する○○に該当するため。

*※本文中の条文については、以下を参照し条文を記載する。*

*・特定地域医療提供機関（Ｂ水準）に係る指定取消事由*

*→医療法第117条第1項*

*・連携型特定地域医療提供機関（連携Ｂ水準）に係る指定取消事由*

*→医療法第118条第２項の規定による準用する同法第117条第1項*

*・技能向上集中研修機関（Ｃ-１水準）に係る指定取消事由*

*→医療法第119条第２項に規定により準用する同法第117条第１項*

*・特定高度技能研修機関（Ｃ-２水準）に係る指定取消事由*

*→医療法第120条第２項の規定により準用する同法第117条第１項*

様式１１（指定取消し通知書）　*※連携型特定地域医療提供機関の例*

令和　年　月　日

○○病院　○○　○○　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　高知県知事　○○　○○

連携型特定地域医療提供機関の指定取消しについて

　○年○月○日付け第○号にて貴院を連携型特定地域医療提供機関として指定した件について、医療法（昭和23年法律第205号）第118条第２項の規定により準用する同法第117条第１項の規定に基づき、当該指定を取り消すこととしたので通知する。

指定取消事由：医療法第118条第２項の規定により準用する同法第117条第１項第○号に規定する○○に該当するため。

様式１２　（時短計画変更あり届出）

令和　年　月　日

高知県知事　○○　○○　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　○○病院長　○○　○○

労働時間短縮計画の変更について

○○機関の指定に係る労働時間短縮計画について、別紙のとおり変更したので、医療法（昭和23年法律第205号）第122条第２項の規定に基づき提出する。

【変更事項】

　　　○○項目：△△の取組における「本年度」及び「計画期間中」の取組目標

　【変更理由】

　　　△△の取組を開始したところ、□□が生じたことから、××へ変更する必

要があったため。

　　※変更後の労働時間短縮計画を添付。

様式１３　（時短計画変更なし届出）

令和　年　月　日

高知県知事　○○　○○　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　○○病院長　○○　○○

労働時間短縮計画の変更について

○○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、その旨提出する。