

添付書類 3-3 (へき地医療)

医療法第42条の2第1項第5号の要件に該当する旨を説明する書類

申請者名： _____ 印

住 所： _____

以下のとおり相違ありません。

診療所名	
診療所の所在地	
管轄保健所名	

[へき地診療所診療日数]

診療日数 (年間)	病院等への救急搬送対応状況		
	搬送件数	搬送手段	搬送先
日間	件		

(記載上の注意事項)

- 直近に終了した会計年度におけるへき地診療所の診療日数等を記載すること。

添付資料

- へき地診療所診療日明細表

へき地診療所診療日明細表

診療日又は診療期間	診療時間	診療日数	診療医師数	受診可能 診療科目	受診延べ 患者数
		日間	人		人
		日間	人		人
		日間	人		人
		日間	人		人
		日間	人		人
		日間	人		人
		日間	人		人
		日間	人		人
		日間	人		人
		日間	人		人
		日間	人		人
		日間	人		人
		日間	人		人
		日間	人		人
		日間	人		人
合 計	—	日間	—	—	—

(記載上の注意事項)

- 診療日は「平成〇年〇月〇日」、診療期間は「平成〇年〇月〇日～平成〇年〇月〇日」と記載すること。
- 診療時間は「午前〇〇時から午後〇〇時まで」のように記載すること。
- 診療日数は診療時間の長短にかかわらず、診療を行った日数を記載すること。
- 受診可能診療科目は当該へき地診療所において実際に受診できる診療科目を全て記載すること。