

添付書類 2 (災害医療)

医療法第 4 2 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。

病 院 名	
病院の所在地	
管轄保健所名	

[時間外等加算割合又は夜間等救急自動車等搬送件数]

- **添付書類 1-1 (救急医療)** 又は **添付書類 1-2 (救急医療)** に記載し、提出 (添付資料を含む。) すること。

[DMA T 研修等の実績]

参加者の役職名	訓 練 又 は 研 修		
	実 施 者 名	訓練又は研修名	実施日又は実施期間

(記載上の注意事項)

- 直近に終了した会計年度における防災訓練 (都道府県又は国) 又は研修 (DMA T 研修) の参加状況を記載すること。

添付資料

- 訓練又は研修に参加したことを証明する書類 (修了証又は実施者からの参加依頼文等の写し (個人名欄は消去すること。))

[都道府県又は国からの災害派遣チーム (DMA T) の派遣要請への対応]

派遣要請日時	派遣先 (被災地)	派遣者数	派遣要請拒否の理由

(記載上の注意事項)

- 過去の派遣要請への対応について記載すること。(過去において派遣要請がない場合は記載する必要はない。)
- 派遣者数は、医師〇名、看護師〇名のように記載すること。