第　　　　　　号

令和　年　月　日

兵庫県知事　　様

住所

団体名

代表者名

技能向上集中研修機関の指定申請について

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（法人の場合は法人所在地） |  |
| 氏名（法人の場合はその名称） |  |

２．指定を予定する医療機関

|  |  |
| --- | --- |
| 医療機関所在地 |  |
| 医療機関名 |  |
| 管理者氏名 |  |

３．医療法第119条第１項の指定にかかる業務の内容

（該当するもの全てに○をすること）

|  |  |
| --- | --- |
|  | 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項の研修に係る業務 |

４．添付書類（下記全ての書類を添付すること）

①医師労働時間短縮計画書

②技能向上集中研修機関　対象医療機関調査票**【様式３（別紙）】**

（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面接指導並びに休息時間確保体制が整備されていることを証する書類

（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労働法制にかかる違反、その他の措置がないことを証する誓約書**【様式５】**

（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医療機関勤務環境評価センターの評価結果通知書

（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）