様式３（技能向上集中研修機関（Ｃ-１水準）指定申請書）

文書番号

年　　月　　日

　福島県知事　様

開設者

住　所

氏名又は名称

（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条の規定に基づき申請する。

１．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 |
|  |

２．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

３．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同法第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同法第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