様式３（技能向上集中研修機関（Ｃ-１水準）指定申請）

年　　月　　日

青森県知事　殿

開設者

　住　所

氏　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