様式２－３（連携型特定地域医療提供機関（連携Ｂ水準）業務変更申請）

令和　　年　月　日

福岡県知事　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　○○病院長　○○　○○

連携型特定地域医療提供機関の指定に係る業務の変更について

令和〇年〇月〇日〇医指第〇〇〇〇号－〇による連携型特定地域医療提供機関の指定に係る業務について、変更することとしたので、医療法（昭和23年法律第205号。以下「法」という。）第118条第２項の規定により、下記のとおり申請する。

記

1. 変更しようとする事項及び変更理由

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 変更しようとする事項 | | 変更理由 |
| 変更前 | 変更後 |
|  |  |  |

1. 添付書類
2. 労働時間短縮計画（案）（医療機関勤務環境評価センターの評価を受けたもの）
3. 法第118条第１項の指定にかかる派遣の実施に関する書類（様式２－２）
4. 法第118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（医療機関勤務環境評価センターによる評価結果の通知書）
5. 法第118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（様式５）
6. 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（医療機関勤務環境評価センターによる評価結果の通知書（③と兼ねる））