参加申出書（新規）

　　年　　月　　日

　和歌山県救急救命協議会長 様

 　 氏名（法人にあっては名称及び代表者氏名）

「傷病者の搬送及び受入れの実施に関する基準」における救急搬送受入医療機関について、下記のとおり参加を希望します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 概　要 | 所在地 |  | 電 話 | (昼間) |
| 名称 |  | (夜間) |
| 標榜科目 |  |
| 参加を希望する分類 | 分類基準 | 観察基準（該当あり・なしの別） | 診療時間（内・外の別） |
|  |  |  |
| 救急担当医師等の概要 | 氏　　名 | 年齢 | 診療科 | 常勤・非常勤の別 | 備　　考 |
|  |  |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 病床数 | 総病床 |  床 |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 宿日直体制の概況 | 職種日時 | 医　　師 | 看 護 師 | （注）人数は、平均的勤務人数を記入すること。うち、常勤者数を（ ）書きで再掲すること。 |
| 平　　時 | 人（　　人） | 人（　　人） |
| 夜　　間 | 人（　　人） | 人（　　人） |
| 日曜・祝日 | 人（　　人） | 人（　　人） |
| （その他参考となる事項） |

（備考）

　添付書類

　　病院（診療所）の所在地を示す案内図