医療法第120条第１項の指定に係る業務があることを証する書類

当該業務に従事する医師の時間外・休日労働時間がやむを得ず長時間となる理由

|  |
| --- |
| （対象医師がいない場合は、想定される理由を記載すること。） |

問い合わせ先

|  |  |
| --- | --- |
| 担当部署・氏名 |  |
| 連絡先電話番号 |  |
| 連絡先メールアドレス |  |