第　　　　　号

　　年　　月　　日

○○保健所長　様

○○市医師会長

救急業務協力申出に関する意見書

○○年○○月○○日付け○○第○○○○号により、救急業務に関し申出のあった医療機関について、確認した結果は下記のとおりである。

記

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 医療機関 | 名　称 |  |
| 所在地 |  |
| 開設者 |  |
| 意見 | 総合意見 | □救急告示医療機関として適当と認める  □下記の事項が改善すれば救急告示医療機関として認める  □下記の理由により救急告示医療機関として不適当と認める |
| 条件・  理由等 |  |