

様式 1

地域医療勤務環境改善体制整備事業申請書

医療機関名		
住所		
代表者（管理者）名		
担当者名・連絡先	役職・氏名	連絡先 電話番号 メールアドレス

(実績等)

1 当該事業に係る稼働病床数	医療法上の病床種別	病床機能報告により都道府県へ報告している稼働病床数 ※精神科救急を根拠とする場合は同報告と同時点の精神科病床数
	一般病床	床
	合計	床
2 救急用の自動車等による搬送実績	救急用の自動車等による搬送実績 期間：（ ）年1月～12月※病床機能報告と期間が異なる	
	上記期間における救急用の自動車等による搬送件数： （ ）件	
3 その他診療実績 ※2において救急用の自動車等による搬送実績が1000件未満の場合は右欄のいずれに該当するかチェックの上記載（内容について説明が記載仕切れない場合には別紙として差し支えない）	<input type="checkbox"/> ②ア 夜間・休日・時間外入院件数（ ）件 期間：（ ）年1月～12月※病床機能報告と期間が異なる	
	<input type="checkbox"/> ②イ 離島、へき地等で、同一医療圏に他に救急対応可能な医療機関が存在しないなど 実績等（ ）	
	<input type="checkbox"/> ③ア 周産期医療、小児救急医療機関、精神科救急等 実績等（ ）	
	<input type="checkbox"/> ③イ 脳卒中や心筋梗塞等の心血管疾患の急性期医療 実績等（ ）	
	<input type="checkbox"/> ④ その他在宅医療 実績等（ ）	
4 病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制	様式2に記載すること。	

〔記載上の注意〕

- 「2」については、申請を行う年度の前年1年間（2020年度に届け出る場合は、2019年1月～12月の1年間）の救急用の自動車等による搬送件数を記載すること。
- 様式2を添付すること。