様式第1号（第9条関係）

仙台市救急医療病院間連携推進事業参加申込書

年　　月　　日

（申込先）仙台市長

法人所在地

法人名

代表者職氏名

　次のとおり，仙台市救急医療病院間連携推進事業への参加を申し込みます。

１　施設名（病院名）

２　本事業に参加する場合に担う役割（該当する事項にレ点を付してください。）

　　□　救急受入病院

　　　【要綱第4条の要件の充足状況】

　　　　□　当院は救急告示病院であることを申し添えます。

　　　　□　当院は別添資料のとおり救急告示病院に準じる機能を有することを申し添えます。

　　　　　　（以下の事項に関する資料を添付してください。）

　　　　　　・救急医療について相当の知識及び経験を有する医師の従事状況

　　　　　　・救急医療を行うために必要な施設及び設備の状況

　　　　　　・救急隊による傷病者の搬送に容易な場所に所在しかつ傷病者の搬入に適した構造設備を有することが確認できる地図，施設平面図等

　　　　　　・救急医療を要する傷病者のために専用又は優先的に使用される病床の状況

　　□　支援病院（要綱第7条の要件を充足していることを申し添えます。）