

4 緊急時の対応のための時間外・夜間救急体制

自院における時間外・夜間救急体制	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
他の保険医療機関との連携による時間外・夜間救急体制の整備	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	連携先の保険医療機関 名称 () 所在地 ()

5 国が示す不妊症に係る医療機関の情報提供に関する事業への協力

国が示す不妊症に係る医療機関の情報提供に関する事業に協力している	<input type="checkbox"/> 該当する <input type="checkbox"/> 該当しない
----------------------------------	---

[記載上の注意]

- 1 医師の勤務時間について、就業規則等に定める週あたりの所定労働時間（休憩時間を除く労働時間）を記入すること。
- 2 「2」の生殖補助医療管理料に係る届出について、「無」にチェックがついた場合は、「2」の連携する他の保険医療機関の名称を記入し、連携に係る契約が締結されていることを証する文書の写しを添付すること。
- 3 「3」の泌尿器科を標榜する他の保険医療機関との連携について、連携する他の保険医療機関の名称を記入し、連携に係る契約が締結されていることを証する文書の写しを添付すること。
- 4 「4」の自院における時間外・夜間救急体制について、「無」にチェックがついた場合は、「4」の連携する他の保険医療機関の名称を記入し、連携に係る契約が締結されていることを証する文書の写しを添付すること。