

付表16-1-A 施設全体概要(病院用)

受付番号

病 院	フリガナ 名 称					
	所在地	(郵便番号 -)				
	連絡先	電話番号			FAX番号	
当該事業の実施について定めてある定款・寄附行為等の条文					第 条 第 項 第 号	
病院の開設年月日		年 月 日				
管 理 者	フリガナ 氏 名		住所	(郵便番号 -)		
	当該病院で兼務する他の職種(※兼務の場合記入)					
	同一敷地内の他の事業所又は 施設の従業者との兼務 (※兼務の場合のみ記入)	名称				
		兼務する職種 及び勤務時間				
病院全体についての従業員の 職種・員数		(※医療法に規定する療養病床を有する病院として必要とされる数)				
		医師	薬剤師	栄養士		
常勤換算後の人数(人)						
基準上の必要人数(人)					別添「医師数等の 算出根拠調書」を参照	
適合の可否						
主な 掲 示 事 項	入院患者の定員 ※介護保険適用病床としての定員数を記入			人		
	利用料	法定代理受領分				
		法定代理受領分以外				
その他の費用						
添付書類		別添16のとおり				

記載上の注意事項

- 「基準上の必要人数」の裏付け資料として、「医師数等の算出根拠調書」により病院として必要な医師等の員数を記載の上、本様式に添付してください。
- 「受付番号」「適合の可否」欄は、記入しないでください。
- 「主な掲示事項」については、本欄の記載を省略し、別添資料を添付して差し支えありません。