様式ID	NTAOVHX598010010

申請者：

申請書付表１

申請者の医療施設等の明細表

１　施設の名称等

名　　称		種　　類 （番号を記載）		1:病院　2:介護老人保健施設 3:診療所　4:介護医療院
所　在　地		管轄保健所名 又は所轄庁名		

２　診療科目

科	科	科	科	科	科
科	科	科	科	科	科
科	科	科	科	科	科

３　敷地の面積

総面積	㎡	内 借地の面積	㎡	内 自地の面積	㎡	左の内 現物出資の土地	㎡

４　建物の明細

区　　分	構　　造	総面積	自家・借家	
		㎡		１：自家 ２：借家
		㎡		１：自家 ２：借家
		㎡		１：自家 ２：借家
		㎡		１：自家 ２：借家
		㎡		１：自家 ２：借家

５　患者収容定員等の明細

一　般		療　養		結　核		精　神		感　染　症		合　　計	
室	床	室	床	室	床	室	床	室	床	室	床

※　介護老人保健施設又は介護医療院の場合

入　所　定　員	名	通　所　定　員	名

６　職種別従業員数の明細

職種／人員	医師	歯科医師	薬剤師	診療放射線技師	歯科技工士	臨床検査技師	歯科衛生士	看護師	助産師	栄養士	理学療法士	作業療法士	臨床工学技士	事務職員	調理師	その他	計
定員																	
実人員																	
内　特殊関係者																	