付表１５－１－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 | 住 所 |  (郵便番号　　　－　　　　) |
| 氏　　名 |
| 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）

　１　「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。

　２　「受付番号」、「適合の可否」欄は記入しないでください。

　３　「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。