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。