付表１６－１

介護療養型医療施設の指定に係る記載事項（病院による場合）（その１）

受付番号	

施設	ふりがな				
	名　称				
	所在地	（郵便番号　　－　　） 県　　郡 市			
	連絡先	電話番号		FAX番号	
		メールアドレス			
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					
管理者	ふりがな		住所	（郵便番号　　－　　）	
	氏　名				
	生年月日				
	当該事業所で兼務する他の職種（兼務の場合のみ記入）				
	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）	事業所等名称			
		兼務する職種及び勤務時間等			

施設類型（申請するものすべてに○）	当該病棟の病床数	左のうち申請する病床数	当該病棟の平均入院患者数	完全型（該当する方に○）	転換型（該当する方に○）
① 療養病床を有する病棟					
② 老人性認知症疾患療養病棟を有する病棟					
合　　計					

当該病棟（全体として）の従業者の職種・員数(①)	看護職員		介護職員		理学・作業療法士		介護支援専門員	
	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
常　勤（人）								
非常勤（人）								
常勤換算後の人数（人）								
基準上の必要人数（人）								
適合の可否								

当該病棟（全体として）の従業者の職種・員数(②)	看護職員		介護職員		作業療法士等		精神保健福祉士等		介護支援専門員	
	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
常　勤（人）										
非常勤（人）										
常勤換算後の人数（人）										
基準上の必要人数（人）										
適合の可否										