医療機関基本情報

※令和７年９月1日時点の情報をご記入ください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 病院名 |  | |
| 所在地 |  | |
| 開設者名 |  | |
| 病院管理者名 |  | |
| 診療科目  （標榜している診療科を全て記入） |  | |
| 勤務医師数 | 常勤医師数 | 人 |
| 非常勤医師数 | 人 |
| 計 |  |
| 病床数 | 一　　　般 | 床 |
| 精　　　神 | 床 |
| そ　の　他 | 床（うち療養　　　　床） |
| 計 | 床 |
| 交通手段 | 公共交通機関 | 最寄り駅名【　　　　線　　　　駅】  最寄りの停留所名【　　　　　　】  最寄り駅（停留所）からの距離  【　　　　km】　　徒歩【　　　　分】 |
| 送迎バス | □有【最寄り駅名　　　　　　　　】  □無 |
| 過去５年以内の監督庁の指導における指摘事項の有無 | 指摘事項  □無  □有　指摘内容  ：  　　　是正状況（見込みを含む）  　　 ： | |

〈申請に係る担当者連絡先〉

|  |  |
| --- | --- |
| 所属・役職 |  |
| 氏名 |  |
| 電話番号 |  |
| ＦＡＸ |  |
| E-mail |  |