**令和７年度「大阪府病床転換等促進事業**

**（ダウンサイジング）」意向調査表（申込）**

（送付先）

|  |
| --- |
| 〒540-8570　大阪市中央区大手前二丁目  　大阪府 健康医療部 保健医療室 保健医療企画課 医事グループ  （メール・アドレス）　Iryokikaku-g0３@gbox.pref.osaka.lg.jp |

※　電子メールにて提出してください。

【 申　込　者 】

|  |  |
| --- | --- |
| （開設者） |  |
| 名　称 |  |
| 所在地 |  |
| （病院名） |  |
| 名　称 |  |
| 所在地 |  |
| （担当者） |  |
| 部　署 |  |
| 氏　名 |  |
| 電　話 |  |
| メールアドレス |  |

2枚目も記載してください。

【 病床用途変更 】

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| （転換前） | |  | | |  | （転換後） | | |
| 病棟種別 | 病床数 | |  |  | | | 病床以外の施設 |
| 急性期一般 | 床 | |  | 該当の番号に○を付けてください | | | １．地域医療構想に資する施設  ２．医師確保に資する施設  ３．外来医療計画に資する施設  ４．働き方改革に資する施設 |
|  |
| 地域一般 | 床 | |  |
|  |
| 療　養 | 床 | |  |
|  |
| 休棟中 | 床 | |
|

|  |  |
| --- | --- |
| 予定工期 | 着工：令和　　　年　　　月　～　竣工：令和　　　年　　　月 |
| 予定時期 | 令和　　　年　　　月（近畿厚生局への届出予定） |
| 摘　要 |  |

【 病床廃止（建物や医療機器の処分）に係る損失】

|  |  |
| --- | --- |
| 事業予定工期 | 開始：令和　　　年　　　月　～　完了：令和　　　年　　　月 |
| 廃止予定病床 | 病床種別（　　　　　　　　　　）　　　　　　床 |
| 摘　要 |  |