第9号様式(第3条関係)

年　　月　　日

　島根県知事　　　　　　　　　　様

開設者住所(法人の場合は、主たる事務所の所在地)

開設者氏名(法人の場合は、名称及び代表者の職氏名)

印

電話番号

地域医療支援病院名称承認申請書

|  |  |
| --- | --- |
| 1　地域医療支援病院の名称 | 　 |
| 2　現在の病院の名称 | 　 |
| 3　所在地 | 住所電話番号　　　　　　　　　　　FAX番号 |
| ４　各科担当医師・歯科医師 | 診療科名 | 医師・歯科医師氏名 | 診療科名 | 医師・歯科医師氏名 |
| 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 |
| 5　病床数 | 精神　　　床 | 感染症　　床 | 結核　　床 | 療養　　床 | 一般　　床 | 計　床 |
| ６　地域医療支援病院としての施設の概要 | 施設名 | 面積及び室数又は台数 | 主な設備の概要(医療機器、研究用機器等) |
| 集中治療室 | 　 | 病床数　　　床 |
| 化学検査室 | 　 | 　 |
| 細菌検査室 | 　 | 　 |
| 病理検査室 | 　 | 　 |
| 病理解剖室 | 　 | 　 |
| 研究室 | 　 | 　 |
| 講義室 | 　 | 定員　　　　人 |
| 図書室 | 　 | 蔵書数　　　冊程度 |
| 医薬品情報管理室 | 　 | 　 |
| 救急用又は患者輸送用自動車 | 救急用　　　　　　台患者輸送用　　　　台 | 　 |

添付書類

　1　建物の平面図(6の施設を朱書等により明示すること。)

　2　医療法施行規則第6条第2項各号に掲げる書類