**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 | フリガナ |  |
| 名　　称 |  |
| 所在地 | （郵便番号　　　－　　　）　　　　　県　　　郡市 |
|  |
| 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 |  |
| 管　理　者 | フリガナ |  | 住所 | （郵便番号　　　　－　　　　） |
| 氏名 |  |
| 生年月日 |  |
| 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 |  |
|  |
| 施設類型 | 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 | 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 | 介護支援専門員等 |  |
| 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 | 介護支援専門員等 |
| 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 |  |  |  |  |  |