療養病床の新型コロナウイルス感染症患者を受け入れる病床への割り当て申請書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　　年　　月　　日

石川県健康福祉部長　様

申請者

　所在・住所

　名称・氏名

　新型コロナウイルス感染症患者を下記のとおり入院させ、県からの割り当て病床として指定を受けたいので、下記のとおり申請します。

記

　感染の状況

（１）感染者数　　　　　　人

（２）受け入れ病床

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 病室名 | 病床数 | 期間 |
| （例）101室（4人部屋） | 1床 | R4.1.1～R4.1.10 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

------------------------------------------------------------------

上記期間について、新型コロナウイルス感染症患者を受け入れた病床は、県が新型コロナウイルス感染症患者を受け入れる病床として割り当てたものとみなす。

受　付　日　付　印

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　石川県健康福祉部長