

医療機関等概要書

名 称			
所 在 地			
メールアドレス		電話番号	
診療科目*			
病 床 数	床	医療機関コード (または事業所番号)	
川崎市民の 入院・入所者数	床	※ 所在地が川崎市の場合、記載不要です。 ※ 提出日時点の人数を記載してください。	
管 理 者 名 (院長・施設長等)			
職 員	職 種	現 員	
		常 勤	非 常 勤
	医 師	人	人
	看 護 師	人	人
	准 看 護 師	人	人
	看 護 補 助 者	人	人
	薬 剤 師	人	人
	事 務 職	人	人
	合 計	人	人
診 療 曜 日* 及び 診 療 時 間*			
開 設 者	<input type="checkbox"/> 個人 <input type="checkbox"/> 法人 (どちらかに✓印を入れてください。)		
	※ 開設者が法人の場合に御記入ください (開設者が個人の場合は記入不要です。)		
	法人名 :		
法人所在地 :			
法人代表者職・氏名 :			

※ 高齢者等施設の場合、*の項目への記載は省略可。