

医療機関概要書

| | | | |
|----------------------------|---------------------|---------|-------|
| 名 称 | | | |
| 所 在 地 | | 電 話 | |
| 診 療 科 目* | | | |
| 病 床 数 | 床 | 医療機関コード | |
| 川崎市民の 入所・入院者数 | ※提出日時点の人数を記載してください。 | | |
| 管 理 者 名 | | | |
| 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* | | | |

※介護老人保健施設の場合、*の項目への記載は省略可。