

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	
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。