意向調査票（セキュリティー確保事業）

◎病床規模別施設数集計

1	2	3	4	5	計
0	0	0	0	0	0

入力に際しては、別シートの記載要領等を御参照ください。

担当者は必ず２名以上、記入してく

都道府県コード	都道府県名	二次医療圏コード	二次医療圏名	市区町村コード	市区町村名称	医療機関コード（オープンデータ）	病院名（正式名称）	設置主体		許可病床数						病床規模区分	医療法上の位置付け			医療計画における役割										医療機能				郵便番号	住　所	電話番号	担当者①　※本事業の対応窓口となる			担当者②			担当者③			備　考
								区分	設置主体名	一般	療養	精神	感染	結核	計		特定	支援	臨中	がん	脳卒中	心血管疾患	精神疾患	救急	災害	へき地	周産期	小児	在宅	高度急性期	急性期	回復期	慢性期				所属・役職	氏名	mailアドレス	所属・役職	氏名	mailアドレス	所属・役職	氏名	mailアドレス	
									#N/A							0																														