

別紙様式

特別養護老人ホーム等の施設の状況及び配置医師等について

1 施設の状況

1	施設の種類(注1)	療養介護事業所		
2	施設の名称			
3	所在地			
4	開設(経営)主体			
5	代表者職氏名			
6	定員			
7	電話番号		担当者	

2 併設する保険医療機関の状況

1	併設医療機関の有無	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無		
2	医療機関の名称			
3	所在地			
4	開設(経営)主体			
5	開設者名			

3 配置医師の契約状況

1	配置医師の区分	<input type="checkbox"/> 医師個人 ・ <input type="checkbox"/> 医療機関又は医療法人		
2	配置医師の氏名等			
3	専門の診療科名			
4	委託契約の内容	契約書	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無	
		契約期間	年 月 日～ 年 月 日	
		勤務状況	1 か月 日	1 週間 日
5	所属医療機関名			
6	所在地			

[記入上の注意]

注1 施設の種類の欄には、次のいずれかに該当するものを記入すること(複数の施設がある場合は当該様式を複写のうえ、別葉で提出すること。)

「養護老人ホーム(定員 111 名以上)」、「特別養護老人ホーム」、「指定短期入所生活介護事業所」、「指定介護予防短期入所生活介護事業所」、「指定障害者支援施設」、「児童心理治療施設」、「療養介護事業所」