

申込期限 令和2年4月6日(月) 随時
 メール送信先 shihyo@jmha.or.jp
 FAX送信先 03-3261-1845

(申込年月日)
 令和 2 年 月 日

令和2年度「医療の質の評価・公表等推進事業」参加申込書

公益社団法人 全国自治体病院協議会
 会長 小 熊 豊 様

令和2年度「医療の質の評価・公表等推進事業」に参加を申し込みます。

| | | | |
|------|--|-----|--|
| 都道府県 | | 病院名 | |
| 病院長名 | | | |

1. 担当者

| | | | |
|--------|---|--------|--|
| 部署・役職 | | 氏名 | |
| 住所 | 〒 | 二次医療圏名 | |
| TEL | | FAX | |
| e-mail | | | |

2. 許可病床数

| 総数 | 一般 | 療養 | 精神 | 結核 | 感染症 |
|----|----|----|----|----|-----|
| | | | | | |

3. 開設者 (都道府県立、政令指定都市立、市町村立、組合立、その他)

3. 開設者「その他」を選択した病院のみ入力

4. 病院の種類 (一般病院、精神科病院)

5. 施設コード(9桁) 都道府県コード(2桁)+医療機関コード(7桁)

6. 精神科標榜・病床区分 (該当するものに○をつけて下さい)

| | |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | 精神科標榜なし…精神病床なく精神科外来なし (院内コンサルテーションのみも含む) |
| <input type="checkbox"/> | 総合病院精神科無床…精神病床はないが精神科外来あり |
| <input type="checkbox"/> | 総合病院精神科有床…精神病床とそれ以外の病床あり |
| <input type="checkbox"/> | 精神科単科…精神病床あり |

7. メール送信させていただく場合の各自治体・各病院の情報セキュリティなどの制限によって支障(添付不可・サイズ制限等)がある場合はご記入下さい。

申し込み及び問い合わせ先
 (社)全国自治体病院協議会 経営調査部
 TEL : 03-3261-8568
 FAX : 03-3261-1845
 e-mail:shihyo@jmha.or.jp

※本申込書に記載いただいた個人情報については、「公益社団法人全国自治体病院協議会個人情報保護規程」に基づき、「医療の質の評価・公表等推進事業」の運営のためにのみ使用いたします。