

開設者所在地 _____

開設者職氏名 _____

印

病院所在地 _____

病院名 _____

東京都地域医療構想推進事業（転換実行支援）に係る応募届

令和 年 月 日現在

応募者の概要																										
開設者 (法人等)	(名称)	_____																								
	(所在地)	_____ _____																								
病 院	(名称)	_____																								
	(所在地)	_____ _____																								
	(施設規模)	<table border="1"> <thead> <tr> <th>病床種別</th> <th>病床数</th> <th>※病棟数(看護単位)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>一般病床</td> <td>床</td> <td>床× 病棟</td> </tr> <tr> <td>精神病床</td> <td>床</td> <td>床× 病棟</td> </tr> <tr> <td>医療療養病床</td> <td>床</td> <td>床× 病棟</td> </tr> <tr> <td>介護療養病床</td> <td>床</td> <td>床× 病棟</td> </tr> <tr> <td>結核病床</td> <td>床</td> <td>床× 病棟</td> </tr> <tr> <td>感染症病床</td> <td>床</td> <td>床× 病棟</td> </tr> <tr> <td>総病床</td> <td>床</td> <td>病棟</td> </tr> </tbody> </table>	病床種別	病床数	※病棟数(看護単位)	一般病床	床	床× 病棟	精神病床	床	床× 病棟	医療療養病床	床	床× 病棟	介護療養病床	床	床× 病棟	結核病床	床	床× 病棟	感染症病床	床	床× 病棟	総病床	床	病棟
	病床種別	病床数	※病棟数(看護単位)																							
	一般病床	床	床× 病棟																							
	精神病床	床	床× 病棟																							
	医療療養病床	床	床× 病棟																							
	介護療養病床	床	床× 病棟																							
結核病床	床	床× 病棟																								
感染症病床	床	床× 病棟																								
総病床	床	病棟																								
※混合病棟の場合は占める割合(例 40床病棟で20床ならば「0.5」)をご記入ください																										

現時点での病床転換の予定		
転換時期	回復期リハビリテーション病棟	令和 年 月頃予定
	地域包括ケア病棟(病床)	令和 年 月頃予定
転換内容	回復期リハビリテーション病棟	_____病床のうち _____床を転換 (病床種別を記載)
	地域包括ケア病棟(病床)	_____病床のうち _____床を転換 (病床種別を記載)

応募者 窓口	所属	_____	TEL	_____	Fax	_____
	氏名	_____	Mail	_____		

※ 応募締切 令和2年10月30日(金曜日)

※ 応募病院が多数の場合、都で対象病院を抽選で選ばせていただく場合がございます。あらかじめ御了承ください。