

地域医療支援病院収容施設数特例適用申請書

年 月 日

佐賀県知事 様

住 所
申請者
氏 名
電話番号() -

下記のとおり地域医療支援病院の有すべき収容施設数の特例の適用を受けたいので、医療法施行規則第 6 条の 2 ただし書の規定により申請します。

記

名 称						
所 在 地						
病 床 数	精 神	感染症	結 核	療 養	一 般	合 計
特例の適用が必要となる理由						

注 氏名(法人にあっては、代表者氏名)を記載し、押印することに代えて、自署することができる。

届出等の書類に記載されている個人情報については、当該業務以外の目的には使用しません。また、第三者に提供しません。
なお、県における個人情報の取扱いについては、佐賀県プライバシーポリシー及び行動プログラムで定めております。