（別紙１１）

医師不足地域における診療体制強化支援事業

申請者概要

|  |  |
| --- | --- |
| 医療機関名 |  |
| 所在地 |  |
| 従業員数(申請日現在) | 医師数 |  | 人（うち正規※ |  | 人、非正規 |  | 人） |
| その他職員 |  | 人（うち正規※ |  | 人、非正規 |  | 人） |
| ※正規従業員数には、常勤・フルタイムで雇用期間の定めのない労働契約を締結している従業員の数を記載してください。 |
| 診療実績（前年度） | 一日あたり外来患者数　　　　　　　人／日一日あたり入院患者数　　　　　　　人／日 |
| 診療科該当項目を■にしてください | □　内科□　外科□　精神科□　アレルギー科□　リウマチ科□　小児科□　皮膚科□　泌尿器科□　産婦人科□　眼科□　耳鼻咽喉科 | □　リハビリテーション科□　放射線科□　病理診断科□　臨床検査科□　救急科□　その他　　（下記に具体的名称を記載）　　 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 担当者連絡先 | 所属 |  |
| 氏名 |  |
| 電話 |  |
| メール |  |