第2号様式(第2条関係)

地域医療支援病院収容施設数特例適用申請書

年　　月　　日

　　大分県知事　　　　殿

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。