

「保険医療機関・保険薬局指定申請書」「保険医療機関指定変更申請書」 添付書類（様式1）

勤 務 者 情 報

保険医療機関・保険薬局名称	
---------------	--

勤務している保険医・保険薬剤師

フリガナ 氏 名	医籍等登録番号	保険医又は保険薬剤師の 登録の記号及び番号	常勤・非常勤の別	担 当 診 療 科	採 用 年 月 日
		医 歯 薬 号	常 勤 ・ 非 常 勤		年 月 日
		医 歯 薬 号	常 勤 ・ 非 常 勤		年 月 日
		医 歯 薬 号	常 勤 ・ 非 常 勤		年 月 日
		医 歯 薬 号	常 勤 ・ 非 常 勤		年 月 日
		医 歯 薬 号	常 勤 ・ 非 常 勤		年 月 日

※選択肢のある欄は、該当するものを○で囲むこと。欄が足りない場合は、上記の記載事項を記入したものを別紙として添えて提出すること。

上記に掲げる者以外の医師、歯科医師及び薬剤師の人数

医 師	歯 科 医 師	薬 剤 師
人	人	人
(うち、常勤 人、非常勤 人)	(うち、常勤 人、非常勤 人)	(うち、常勤 人、非常勤 人)

保険医等数

01. 常勤医師 ()人	02. 非常勤医師 ()人	03. 常勤歯科医師 ()人	04. 非常勤歯科医師 ()人
05. 常勤薬剤師 ()人	06. 非常勤薬剤師 ()人	07. 診療放射線技師 ()人	08. 看護師 ()人
09. 助産師 ()人	10. 准看護師 ()人	11. 看護補助者 ()人	12. 臨床検査技師 ()人
13. 栄養士 ()人	14. 管理栄養士 ()人	15. 歯科技工士 ()人	16. 歯科衛生士 ()人
17. 歯科助手 ()人	18. 理学療法士 ()人	19. 作業療法士 ()人	70. 事務員 ()人
88. その他 ()人			

※該当する番号を○で囲み、人数を記入すること。