

「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。