

平成 年 月 日

都道府県知事
保健所設置市長 殿
特別区長

住所
開設者
氏名 印
〔法人にあつては、主たる事務所の所在地及び
名称並びに代表者の氏名〕
電話

療養病床等に関する経過措置の適用に係る届出

標記について、医療法施行規則（昭和 23 年厚生省令第 50 号。以下「規則」という。）附則第 53 条、第 54 条又は第 55 条の規定に基づき、下記のとおり届け出ます。

記

1. 届出の根拠規定等について

届出の根拠規定	特定介護療養型医療施設への該当の有無	
	有り	無し

(注 1) 「届出の根拠」の欄には、規則附則第 53 条、第 54 条又は第 55 条のうちから 1 つを選択して記入すること。

(注 2) 「特定介護療養型医療施設」の内容については、規則附則第 53 条を参照されたいこと。

2. 看護師等の人員配置の状況について

	必要数	平成 30 年 4 月 1 日時点 における現員数
看護師数 及び准看護師数	名	名
看護補助者数	名	名

(注 1) 1. の「特定介護療養型医療施設」に該当する場合には、2. の記入は不要であること。

(注 2) 「必要数」の欄には、経過措置が適用される前の員数の標準に基づき、平成 29 年度の入院患者の数及び外来患者の数の平均値を用いて算定される数を記入すること。

(注 3) 「平成 30 年 4 月 1 日時点における現員数」の欄には、常勤換算後の数を記入すること。