

茨城県知事 殿
 (保健所長 殿)

郵便番号

住 所 (法人にあつては、主たる事務所の所在地)

開設者

氏 名 (法人にあつては、名称及び代表者の職氏名)

電話番号

経 過 型 介 護 療 養 型
 医 療 施 設 設 置 届

次のとおり経過型介護療養型医療施設を設置したので、医療法施行規則（昭和23年厚生省令第50号）附則第51条の規定により届け出ます。

ふりがな			
1 名称			
2 開設 の 場 所	郵便番号		
	所在地		
	電話番号		
	FAX番号		
3 開設許可年月日 及び指令番号		年	月 日号
4 病床種別ごとの経過型介護療養型医療施設病床数			
病床種別	病床数(経過型介護療養型医療施設) A	病床数(A以外) B	病床数計(A+B) C
療養病床			
精神病床			
計			

5 経過型介護療養型医療施設設置の理由及び設置予定年月日	
6 転換予定先名称	
7 転換予定先所在地	
8 転換予定年月日	
9 添付書類	① 平面図(経過型介護療養型医療施設に係る病室を赤線で囲んで示すこと。) ② 経過型介護療養型医療施設に係る各病室の概要(別記1) ③ 転換を行うまでの年次計画書(別記2)

(注) 1 平面図との突合に留意して記入すること。

2 「6 転換予定先名称」, 「7 転換予定先所在地」, 「8 転換予定年月日」には, 各々転換予定先の介護老人保健施設等の名称, 所在地, 転換予定日を記入すること。