

**53B 介護療養型医療施設（診療所）**

**更新に係る申出事項**

介護保険 事業者番号		0	2							事業所名		
管理者	(フリガナ) 氏名					生 年 月 日	明大 昭平	年	月	日	役職名	
	(フリガナ) 住所	〒 <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 100px; height: 15px;"></span> - <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 100px; height: 15px;"></span>										
	連絡先	都道 府県				市 郡		町 村		電話 番号		FAX 番号
	兼務の 有 無	同一事業所内	なし		あり		兼務職種					
		同一敷地内 他事業所等	なし		あり		事業所名					
						兼務職種						
						勤務時間						
施設開設年月日		昭 平			年		月		日			
病床数 及び類型	全病床数		療養病棟の病床数		左のうち申請する病床数		療養病床の平均入院患者数		類型			
	床		床		床		人		完全型 転換型			
ユニット体制		全部ユニット型		一部ユニット型		ユニットなし						
従業者	区分	看護職員			介護職員			介護支援専門員等				
		専従		兼務	専従		兼務	専従		兼務		
	常 勤		人	人	人		人	人		人		
	非 常 勤		人	人	人		人	人		人		
常勤換算		人			人							
設 備	区 分											
	病 室	病室 1 室の最大病床数				床						
		入院患者 1 人あたり最小床面積				m <sup>2</sup>						
	食 堂 面 積											
	廊 下	片 廊 下 の 幅				m						
中 廊 下 の 幅				m								
そ の 他 (揭示事項等)	入 院 患 者 の 定 員											
	人											
	利用料等	法定代理受領分(一割負担分)										
		法定代理受領分以外										
そ の 他 の 費 用												

<注> 1 印欄には、記入しないでください。  
 2 印のある項目については、該当するものをチェックして下さい。