

造血幹細胞移植医療体制整備事業申請書

【申請医療機関基本情報】

1. 申請者

病 院 名	
所 在 地	〒
申 請 者	

2. 連絡先

事業実施 責任者	ふ り が な 担 当 者 名	
	部署・役職名	
	連 絡 先	TEL :
		FAX :
E-mail :		
事務連絡 担当者	ふ り が な 担 当 者 名	※上記と同一でも可。
	部署・役職名	
	連 絡 先	TEL :
		FAX :
E-mail :		

3. 病院基本情報

標榜 診療科					
許可 病床数	一 般	療 養	精 神	結 核	感染症
	床	床	床	床	床
手術室・ 無菌室数	手術室数		無菌室数		
	室 (室)		室 (室)		
患者数等	一日平均入院 患者数		一日平均外来 患者数		平均在院 日数 (一般)
	人		人		日
常勤 職員数	医師		看護師		薬剤師
	人 (人)		人 (人)		人 (人)
医療計画 における 位置付け					

※ () 内には、造血幹細胞移植を行う診療科における数を記入してください。

【実施要件に関する書類】

様式1～3に記入。