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	まり がな担当者名	
	部署・役職名	
		TEL:
	連絡先	FAX:
		E-mail:
事務連絡 担 当 者	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

一般	療	養	精神	結	ī 核	感染症
床	,	床	床		床	床
手術室数			無菌	i室数		
		室			室	
(室)	(室)	
一日平均入院			一日平均外来		平均在院	
患者数	患者数		患者数		日数(一般)	
	人			人		目
医師			看護師		薬剤師	
	人			人		人
(人)	(人)	(人)
	床 手術 (一日平均 患者数 医師	床 手術室数 (一日平均入院 患者数 人 医師	床 床 手術室数 室 (室) 一日平均入院 患者数 人 医師 人	床 床 手術室数 無菌 室 室 室 室 室 (一日平均入院 一日平均外来 患者数 患者数 人 看護師 人 人	床 床 手術室数 無菌室数 室 室 (室 室 (一日平均入院 一日平均外来 患者数 患者数 人 人 医師 看護師 人 人	床 床 床 手術室数 無菌室数 室 室 室 室 室 (室) 一日平均入院 一日平均外来 平 患者数 患者数 日数 人 人 医師 看護師 其 人 人

【実施要件に関する書類】 様式1~3に記入。

^{※()}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。