



別記様式第一の二
 総務省承認 No. 23076
 承認期限 平成15年12月31日まで

病 院 報 告 (従事者票)

平成__年分

都道府県名 _____
 保健所名 _____

病 院 名 _____
 所 在 地 _____

※ 保健所符号

※ 整理番号

職 種			従 事 者 数	職 種			従 事 者 数	職 種			従 事 者 数
医 師	常 勤	(01)		看護業務補助者	(15)		柔道整復師	(29)			
	非 常 勤 (常勤換算)	(02)		理学療法士(PT)	(16)		管理栄養士	(30)			
歯科医師	常 勤	(03)		作業療法士(OT)	(17)		栄 養 士	(31)			
	非 常 勤 (常勤換算)	(04)		視能訓練士	(18)		精神保健福祉士	(32)			
薬 剤 師	実 人 員	(05)		言語聴覚士	(19)		社会福祉士	(33)			
	(常勤換算)	(06)		義肢装具士	(20)		介護福祉士	(34)			
保 健 師	実 人 員	(07)		歯科衛生士	(21)		その他の技術員	(35)			
	(常勤換算)	(08)		歯科技工士	(22)		医療社会事業者 従 事 者	(36)			
助 産 師	実 人 員	(09)		診療放射線技師	(23)		事 務 職 員	(37)			
	(常勤換算)	(10)		診療エックス線技師	(24)		そ の 他 の 職 員	(38)			
看 護 師	実 人 員	(11)		臨床検査技師	(25)		備 考				
	(常勤換算)	(12)		衛生検査技師	(26)						
准看護師	実 人 員	(13)		臨床工学技士	(27)						
	(常勤換算)	(14)		あん摩マッサージ 指 圧 師	(28)						

注: 1 ※印は保健所で記入すること。
 2 (15)~(38)は常勤換算後の数値を記入すること。