



総務省承認 No.25779
承認期限 平成17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						
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。