

別記様式第一の二

総務庁承認 No
承認期限 平成 年 月 日まで
厚 1 - 1 - 11 - 2
平成 年 月 日 登録

病 院 報 告 (従事者票)

平成 ____ 年 分

都道府県名 _____

病 院 名 _____

保 健 所 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	職 種		従事者数
医 師	常 勤 (01)		看 護 婦 (09)		義 肢 装 具 士 (17)		臨 床 工 学 技 士 (25)		あ ん 摩 マ ッ サ ー ジ 指 圧 師 (26)		
	非常勤 (常勤換算) (02)		看 護 士 (10)		歯 科 衛 生 士 (18)		管 理 栄 養 士 (27)				
歯科医師	常 勤 (03)		准 看 護 婦 (11)		歯 科 技 工 士 (19)		栄 養 士 (28)		その他の技術員 (29)		
	非常勤 (常勤換算) (04)		准 看 護 士 (12)		診 療 放 射 線 技 師 (20)		臨 床 検 査 技 師 (22)				
薬 剤 師 (05)			看 護 業 務 補 助 者 (13)		診 療 エ ッ ク ス 線 技 師 (21)		臨 床 検 査 技 師 (22)		医 療 社 会 事 業 従 事 者 (30)		
保 健 婦 (06)			理 学 療 法 士 (PT) (14)		臨 床 検 査 技 師 (22)		衛 生 検 査 技 師 (23)		事 務 職 員 (31)		
保 健 士 (07)			作 業 療 法 士 (OT) (15)		臨 床 検 査 技 師 (23)		そ の 他 (24)		そ の 他 の 職 員 (32)		
助 産 婦 (08)			視 能 訓 練 士 (16)		そ の 他 (24)						
備 考											

注 ※印は保健所で記入すること。