

(別紙様式2-1) ※配置医師の状況記載様式(変更用)

施設名 _____

医 師 の 状 況	氏 名			
	常 勤 の 有 無	常 勤 ・ 非 常 勤		
	配 置 契 約 の 有 無 (契 約 の 有 無)	契 約 の 有 無	有 ・ 無 ※いずれかに○を付すこと	
		専 門 の 診 療 科		
		契 約 期 間	年 月 ～ 年 月	
		配 置 状 況	1 月 当 た り 日、 週 曜 日、 時 ～ 時	
	所 属 医 療 機 関 名			
	所 属 医 療 機 関 の 所 在 地			
当 該 医 師 に 対 す る 「 特 別 養 護 老 人 ホ ー ム 等 に お け る 療 養 の 給 付 の 取 り 扱 い に つ い て 」 厚 生 労 働 省 保 健 局 医 療 課 長 通 知 の 説 明 の 有 無	有 ・ 無			

医 師 の 状 況	氏 名			
	常 勤 の 有 無	常 勤 ・ 非 常 勤		
	配 置 契 約 の 有 無 (契 約 の 有 無)	契 約 の 有 無	有 ・ 無 ※いずれかに○を付すこと	
		専 門 の 診 療 科		
		契 約 期 間	年 月 ～ 年 月	
		配 置 状 況	1 月 当 た り 日、 週 曜 日、 時 ～ 時	
	所 属 医 療 機 関 名			
	所 属 医 療 機 関 の 所 在 地			
当 該 医 師 に 対 す る 「 特 別 養 護 老 人 ホ ー ム 等 に お け る 療 養 の 給 付 の 取 り 扱 い に つ い て 」 厚 生 労 働 省 保 健 局 医 療 課 長 通 知 の 説 明 の 有 無	有 ・ 無			

医 師 の 状 況	氏 名			
	常 勤 の 有 無	常 勤 ・ 非 常 勤		
	配 置 契 約 の 有 無 (契 約 の 有 無)	契 約 の 有 無	有 ・ 無 ※いずれかに○を付すこと	
		専 門 の 診 療 科		
		契 約 期 間	年 月 ～ 年 月	
		配 置 状 況	1 月 当 た り 日、 週 曜 日、 時 ～ 時	
	所 属 医 療 機 関 名			
	所 属 医 療 機 関 の 所 在 地			
当 該 医 師 に 対 す る 「 特 別 養 護 老 人 ホ ー ム 等 に お け る 療 養 の 給 付 の 取 り 扱 い に つ い て 」 厚 生 労 働 省 保 健 局 医 療 課 長 通 知 の 説 明 の 有 無	有 ・ 無			

※欄が不足する場合は、適宜コピーして使用してください。