別記様式１

令和　　　年　　月　　日

栃木県保健福祉部長　様

申請者

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　○○市○○町○○番地○○

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　医療法人○○○○

　　　　理事長　○○　○○

新型コロナウイルス感染症患者を受け入れる療養病床の割当てに係る申請書

　新型コロナウイルス感染症患者を受け入れる療養病床として割当てを受けたいので、下記のとおり申請します。

記

１　医療機関名　○○○○病院

２　申請患者数　　　　　人

３　入院の状況

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № | 患者氏名 | 年齢 | 性別 | 入院期間 | 受入病室 | 備考 |
| 例 | 栃木　太郎 | 85 | 男 | R4.11.20～R4.11.30 | 103号室 |  |
| 1 |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |

　※病室の配置図を添付すること。

事務担当者

|  |  |
| --- | --- |
| 職　　名 |  |
| 氏　　名 |  |
| 電話番号 |  |
| ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ |  |