

**全国児童青年精神科医療施設協議会 正会員施設移行 申込書**

フリガナ			
施設名			
幹事			
幹事 E-mail			
連絡員			
連絡員 E-mail			
	申 込 日	平成	年 月 日

病棟の区分	1. 児童専用病棟	2. 児童専用病床	児童病床数		床
専任医師	名	看護師	名	心理士	名
外来受診者 (1日平均)	名		入院者数 (1日平均)	名	その他
教育の補償について					
その他記載事項					

・貴協議会の会則および細則に従うことをお約束致します。 幹事署名：\_\_\_\_\_ 印