

全国児童青年精神医療施設協議会 オブザーバー施設申込書

フリガナ			
施設名			
設立年月日	西暦	年	月 日
所在地	〒	-	
TEL・FAX	TEL()	FAX()	
E-mail			
担当者			
担当者E-mail			
		申 込 日	西 暦 年 月 日

・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。 申込者署名：_____ 印

病棟の区分	1. 児童専用病棟 2. 児童専用病床 3. 成人との混合病棟 4. その他(
児童病床数(専用病棟・専用病床は定数を記入、混合病棟は最大可能数を記入)					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					