

会 員 名 簿 内 容 変 更 届

下記のとおり届出内容の変更をいたしましたのでお届け致します。

令和 年 月 日

病院所在地 〒

病 院 名

[会員番号]

代表者氏名

(印)

担当者氏名

(役職)

※上記記載事項および枠内の変更がある箇所のみご記入ください。

項 目		新	旧	
法人区分				
フリガナ 法人名				
フリガナ 病院名				
フリガナ 管理者 (協会登録者でない場合)				
病院所在地		〒	〒	
電話・FAX番号		TEL FAX	TEL FAX	
許 可 病 床	精神科総数	病棟 床 (指定病床数 床)	病棟 床 (指定病床数 床)	
	精神一般病棟	(入院基本料 対1・特別) (看護配置加算 有・無) (看護補助加算 1・2・3・無)	(入院基本料 対1・特別) (看護配置加算 有・無) (看護補助加算 1・2・3・無)	
	精神科救急入院料	(入院料1・2) 病棟 床	(入院料1・2) 病棟 床	
	精神科急性期治療病棟	(入院料1・2) 病棟 床	(入院料1・2) 病棟 床	
	児童・思春期精神科入院医療管理料	病棟 床	病棟 床	
	精神療養病棟	病棟 床	病棟 床	
	認知症治療病棟	(入院料1・2) 病棟 床	(入院料1・2) 病棟 床	
	老人性認知症疾患療養病棟(介護保険)	病棟 床	病棟 床	
	特殊疾患病棟入院料2	病棟 床	病棟 床	
	地域移行機能強化病棟	病棟 床	病棟 床	
	精神科以外の病床	一 般 療 養 感 染 症 結 核	床 床 床 床	床 床 床 床
	その他	・各施設基準、施設など (各施設数・定員を記入のこと)		
変更理由 <small>*人員変更に関しては代表者との関係も記載</small>				
変更年月日		令和 年 月 日		

公益社団法人 日本精神科病院協会

会 長 山 崎 學 殿

*協会登録者及び開設者の変更については、規定用紙にて届出下さい。