

# 施設登録用紙

1. 新規登録申請届

2. 変更申請届

届出年月日 \_\_\_\_\_

|          |        |                                   |  |  |  |  |  |  |  |           |
|----------|--------|-----------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|-----------|
| 施設番号     |        | 9                                 |  |  |  |  |  |  |  | 申請者 _____ |
| 施設名称・所在地 | 施設名称カナ |                                   |  |  |  |  |  |  |  |           |
|          | 施設名称   |                                   |  |  |  |  |  |  |  |           |
|          | 所属部課   |                                   |  |  |  |  |  |  |  |           |
|          | 所在地    | 〒 - - (内線 )<br>TEL - -<br>Fax - - |  |  |  |  |  |  |  |           |

## 《 施設情報 》

### ◆施設分類別コード

(該当項目に○をしてください。)

- |                |                  |
|----------------|------------------|
| 一般病院Ⅰ (特定機能病院) | 一般病院Ⅱ (地域医療支援病院) |
| 一般病院Ⅲ (機能指定無し) | 精神科病院            |
| 療養所 (結核)       | 診療所 (有床)         |
| 検診センター         | 健診センター           |
| 歯科 (病院)        | 歯科診療所            |
| 保健所            | 血液センター           |
| 学校             | 衛生検査所            |
| 製薬会社           | 医療機器会社           |
|                | 療養所 (一般)         |
|                | 診療所 (無床)         |
|                | 研究所              |
|                | その他              |

### ◆経営体別コード

(該当項目に○をしてください。)

|          |              |               |             |      |        |      |
|----------|--------------|---------------|-------------|------|--------|------|
| 国        | 文部科学省Ⅰ (大学)  | 文部科学省Ⅱ (その他)  | 厚生労働省Ⅰ (大学) |      |        |      |
|          | 厚生労働省Ⅱ (その他) | 労働者健康安全機構     | その他の省庁      |      |        |      |
| 公的医療機関   | 都道府県 市町村     | 日赤 (赤十字)      | 済生会         |      |        |      |
|          | 北海道社会事業協会    | 厚生連           | 国民健康保険団体連合会 |      |        |      |
| 社会保険関係団体 | JCHO         | 健康保険組合及びその連合会 |             |      |        |      |
|          | 共済組合及びその連合会  | 国民健康保険組合      |             |      |        |      |
| 法人       | 公益法人         | 医療法人          | 学校法人        | 民間企業 | その他の法人 | 旧三公社 |
| 個人       | 個人           |               |             |      |        |      |

### ◆業務実施状況

(該当項目に○をしてください。)

1. 全て自施設で実施 2. 全てランチ検査室で実施 3. 全てFMS方式検査室で実施 4. ブランチ方式 + 一部自施設  
 5. FMS方式 + 一部自施設 6. ブランチ + FMS + 一部自施設 7. 外注 + 一部自施設 8. 主として自施設 + 一部ランチ  
 9. 主として自施設 + 一部FMS 10. 主として自施設 + 一部ランチ・FMS 11. 主として自施設 + 一部外注  
 12. 外注 13. その他 (検査実施なし)

### ◆病床数

\_\_\_\_\_