様式第２号（第４条関係）

年　　月　　日

医療機関状況報告書

|  |  |
| --- | --- |
| 医療機関名 |  |
| 医療機関所在地 |  |
| 代表者名 |  |
| 開設年月日 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 医療機関区分 | □　病院　　□　診療所（　□一般　　　□　歯科　） |
| 病床数(令和2年6月1日時点) | 有床数 | 休床数 | 運用している病床数 |
| 床 | 床 | 床 |

上記のとおり，相違ないことを証明します。

　　　　月　　　日

　　所在地

（住　　　所）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　名称

（医療機関名）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者名　　　　　　　　　　　　　㊞

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号