様式１－10

自立支援医療を行うために必要な体制及び設備の概要

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 品　　　目 | | 数量 | | 品　　　目 | | 数量 | |
| 設　備（主要なもの） |  | |  | |  | |  | |
| 体　制 |  | | | | | | | |
|  | 職種（医師、看護士、事務等） | | 人　数 | | 備考（常勤、非常勤等） | |  |
|  | |  | |  | |
|  | |  | |  | |
|  | |  | |  | |
| 診療時間等 | | | | | | | |