事務連絡票

◇事前協議対象の施設

|  |  |
| --- | --- |
| 施設名称 |  |

◇事前協議担当者

|  |  |
| --- | --- |
| 施設名 | |
| 所属 | 担当者 |
| 住所：〒 | |
| TEL： | FAX： |
| e-mail： | |

◇通知等送付先

|  |  |
| --- | --- |
| 施設名 | |
| 所属 | 担当者 |
| 住所：〒 | |

◇事務局ヒアリング日時の希望について（30分程度。都合が付かない日時に×を記入）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | ９時～ | 10時～ | 11時～ | 14時～ | 15時～ |
| 12/26（月） |  |  |  |  |  |
| 12/27（火） |  |  |  |  |  |
| 12/28（水） |  |  |  |  |  |

※ 応募数によっては、別に日程を設ける場合もあります。

◇ヒアリング出席予定者（最大３名まで）

※増床計画に係る責任者を含めて構成してください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 氏名 | 所属 | 役職等 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

裏面あり

◇配分を希望する病床数（提出日時点で検討中の数値で構いません。）

|  |  |
| --- | --- |
| 回復期機能 | □地域包括ケア病棟入院料　又は　地域包括ケア入院医療管理料  　　　　　　　　　　　　　療養病床　　　　床  一般病床　　　　床  □回復期リハビリテーション病棟入院料  　　療養病床　　　　床  一般病床　　　　床 |
| 合計 | 療養病床　　　　床  一般病床　　　　床 |

◇その他連絡事項

|  |
| --- |
|  |

別紙

○事務局ヒアリング候補日時

|  |  |
| --- | --- |
| 12月26日（月） | 1. 9：00～ 9：30、②10：00～10：30、③11：00～11：30、   ④14：00～14：30、⑤15：00～15：30 |
| 12月27日（火） | 1. 9：00～ 9：30、②10：00～10：30、③11：00～11：30、 2. 14：00～14：30、⑤15：00～15：30 |
| 12月28日（水） | 1. 9：00～ 9：30、②10：00～10：30、③11：00～11：30、 2. 14：00～14：30、⑤15：00～15：30 |

※応募数によっては、別に日程を設ける場合もあります。

〇ヒアリング会場

ウェルネスさがみはら　Ａ館３階一般健診室

（相模原市中央区富士見６－１－１）

※ 開始時間の５分前にヒアリング会場にお越しください。