

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

申請者

施設番号	9						
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) Tel - - - - - Fax - - - - -					

施設連絡責任者	会員氏名		会員番号	
---------	------	--	------	--

《 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)	精神病院	療養所 (一般)
療養所 (結核)	診療所 (有床)	診療所 (無床)
検診センター	健診センター	
歯科 (病院)	歯科診療所	研究所
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	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	全国社会保険協会連合会	厚生年金事業振興団	船員保険会		
	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	会社	その他の法人
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+一部ブランチ
9. 主として自施設+一部 FMS
10. 主として自施設+一部ブランチ・FMS
11. 主として自施設+一部外注
12. 外注
13. その他

◆病床数