

千葉県健康福祉部医療整備課 医療体制整備室 吉橋 行
 (FAX : 0 4 3 - 2 2 1 - 7 3 7 9)

担当者名	
電話番号	
メールアドレス	

令和6年度 救命救急センター運営事業計画書

1 施設概況

開設者	施設名	施設所在地	運営病床数	業務開始(予定) 年 月 日
	〇〇病院 救命救急センター		_____床 再掲 (ICU _____床 CCU _____床 SCU _____床 小児救急 専門病床 _____床)	年 月 日

救急告示の有無	救急告示年月日	臨床研修指定 病院の有無	臨床研修指定 年 月 日	ドクターカー 運営の有無
有 無	年 月 日	有 無	年 月 日	有 無

2 職員数

職種別	職員数	病院職員総数	1日当たり救命救急センター従事者数		備考
			常 勤	オンコール	
医 師		人	人	人	
うち心臓病の内科系専門医					
心臓病の外科系専門医					
脳卒中の内科系専門医					
脳卒中の外科系専門医					
小児救急専門病床に 従事する小児科医					
重症外傷の外科系専門医					
うち、					
整形外科の専門医					
その他の外科系専門医					
〇〇科					
看 護 師					
うち小児救急専門病床に 従事する看護師					
その他の医療従事者					
臨床検査技師					
診療放射線技師					
〇 〇 〇 〇					
ドクターカー運転手					
事務職員等					
計					

(注)交代制勤務体系をとっている職種については「備考」欄に詳細に記入すること。