

用紙1

メールアドレス ryosei2@mz.pref.chiba.lg.jp

千葉県健康福祉部医療整備課 医療体制整備室 藤田 行
(FAX : 0 4 3 - 2 2 1 - 7 3 7 9) **【本紙のみ1枚】**

担当者職氏名	
電話番号	
メールアドレス	

令和7年度 小児救急医療拠点病院運営事業計画書

施設名	
-----	--

地域名 複数の 医療圏名	市町村名	人口(令和5 年4月1日現 在) 千人	運営開始 (予定)年月 日及び診療 日数	病 院 の 概 要										初期救急医療 体制の方式	
				病院名	開設者	許 可 病床数	うち小児 専用病床	診 療 体 制							
								計	小児 科医	看護 師	放射 線技 師	検査 技師	薬剤 師		その 他
						床	床								

(注)「オンコール体制」については、それぞれの項目を()書きで別掲すること。
なお、当番日により院内に待機する体制とオンコールによる体制の両方がある場合には、二段書きにて記載すること。