

【病院機能改善支援事業】
窓口相談申込書

受付No. _____

↑この欄は当機構にて使用します。

財団法人日本医療機能評価機構の窓口相談を申し込みます。

申込日 年 月 日

開設者	フリガナ						
病院名	フリガナ						
病院代表者 (法人代表者もしくは病院長)	職名	フリガナ					印
病院長	職名	フリガナ					氏名
事務担当者	職名	フリガナ					氏名
所在地	(〒 -) 都道府県						
連絡先	代表電話番号	内線番号			代表FAX番号		
担当者連絡先 (直通電話などがあれば ご記入下さい)	直通電話				直通FAX		
病床数 内訳(許可病床)	許可病床数 床			稼動病床数 床			
	一般	床	療養	床	精神	床	感染症 床
ご相談希望日時 (申込から1ヶ月半~2ヶ月 程度空けてください)	第1希望日		第2希望日		第3希望日		※決定日(当機構使用欄)
	月	日	時	月	日	時	月 日 () 時~ 時
相談希望時間	該当個所に○を付けて下さい 1時間 ・ 2時間						
ご相談概要	※可能な範囲で詳細を別添願います。						
来訪予定者	職名	職名	職名	計			
	氏名	氏名	氏名	名			

◇窓口相談料金は、下表のとおりです。相談時間は、1回につき最長2時間までとなります。

	受審前	受審後
初回(1時間)	定価52,500円(本体価格50,000円)	定価52,500円(本体価格50,000円)
2回目以降(1時間)	定価21,000円(本体価格20,000円)	定価21,000円(本体価格20,000円)
1時間延長	定価21,000円(本体価格20,000円)	定価21,000円(本体価格20,000円)

上記の必要事項を全てご記入のうえ、下記あてに郵送願います。

送付先 財団法人日本医療機能評価機構 事業推進部 TEL:03-5217-2326
〒101-0061 東京都千代田区三崎町1丁目4番17号 東洋ビル

本申込書にてお預かりした個人情報については、当機構の個人情報保護方針に基づき、安全かつ、適正に管理させていただきます。