新型コロナウイルス感染症患者を受け入れる療養病床の割り当て申請書

令和　年　月　日

　岐阜県健康福祉部長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　医療機関名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者

　新型コロナウイルス感染症患者を療養病床に入院させ、県からの割り当てを受けたいため、下記のとおり申請します。

記

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 患者情報（氏名・性別・年齢） | 病床名（○病室） | 入院期間（R○.○.○～R○.○.○） |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

ほか、別紙参照

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

　上記について、新型コロナウイルス感染症患者を受け入れた病床は、県が新型コロナウイルス感染症患者を受け入れる病床として割り当てたものとみなす。

　令和　　年　　月　　日

岐阜県健康福祉部長