（様式第10号）介護老人福祉施設　常勤専従医師配置

医師の配置状況

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 氏　　　　　　名 | 勤務時間（曜日、時間等） |  |
| 常勤専従 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

※「常勤専従」欄は該当する場合に○印を記入してください。

（参考）

　　　　施設入所者数　　　　　　　　　　　　　　　　　　　人