

三重県知事 一見 勝之 あて

医療機関 所在地
 名称
 管理者
 電話

印

医療機能情報定期報告書

医療法第6条の3第1項の規定に基づき、下記のとおり10月1日現在の医療機能に関する情報について報告します。

記

変更事項の有無： 有 ・ 無 （「有」の場合は、変更事項を下表に記入してください。）

修正方法： インターネット上で実施 書面による報告

種 別		該当する種別を○で囲んでください					
		病院	診療所	歯科診療所	助産所		
変 更 の 内 容	事 項	変	更	前	変	更	後
変更年月日		令和 年 月 日（変更予定年月日を記入ください。 既に変更されている場合は、参考情報として記入ください。）					

注) 1 医療法第7条及び第8条に基づく開設許可等の事項の変更については、別途、保健所への手続きが必要です。

2 【2基本情報】の変更をインターネット上で実施した場合、変更の内容を「変更の内容」欄に記入してください。

3 【2基本情報】以外の変更をインターネット上で実施した場合、「変更の内容」欄は空白で結構です。

4 修正した調査票を添付いただく場合、「変更の内容」欄は「別紙のとおり」としてください。

5 FAXによる報告でも結構です。

(FAX番号 059-228-3799 (受託者) 公益財団法人三重県救急医療情報センターあて)