

三重県知事

あて

医療機関名

管理者名

印

医療機能情報変更報告書

医療機能情報に変更がありましたので医療法第6条の3第2項の規定により報告します。

記

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
名 称			
所在地	TEL ( ) -		
変 更 の 内 容	事 項	変 更 前	変 更 後
変 更 年 月 日	年 月 日		

- 注) 1 変更後30日以内に報告してください。  
 2 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、別途医療法に基づく届出が必要です。  
 3 ファクシミリによる報告も可とします。(FAX 番号059-228-3799)