

【様式第2号】

医療機能情報変更報告書

年 月 日

(あて先) 秋田県知事

報告者 所在地
名称
管理者名
電話番号

病院（診療所、助産所）の医療機能情報の変更について（報告）

病院（診療所、助産所）の医療機能情報の変更について、医療法第6条の3第2項の規定により、次のとおり報告します。

1 変更した事項	別紙変更報告書のとおり
2 変更年月日	年 月 日

【文書作成責任者等の連絡先】

(住所)

(責任者または担当者名)

(連絡先) 電話番号：

メールアドレス：

[備考]

本様式による報告は、インターネット（医療機関等情報支援システム（通称「G-MIS」））での報告が難しい場合のみ行うこと。

[添付書類]

変更報告書（病院、医科診療所、歯科診療所、助産所ごとに様式が異なる）