

様式第4号

かかりつけ医機能変更報告書

(A4判)

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（医科診療所）のかかりつけ医機能の変更について（報告）

病院（医科診療所）のかかりつけ医機能について、医療法第30条の18の4第4項の規定により、次のとおり報告します。

- 1 変更した事項
- 2 変更前
- 3 変更後
- 4 変更年月日

【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

- 1 インターネット（医療機関等情報支援システム（通称「G-MIS」））で報告していただける場合は、本書類の提出は不要になります。
- 2 調査票を添付してください。