

医療機能情報変更報告書

(A 4 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（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
- 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：