様式第１号

医療機能情報報告書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（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（診療所、助産所）の医療機能情報について（報告）  　病院（診療所、助産所）の医療機能情報について、医療法第６条の３第１項の規定により、次のとおり報告します。  　　　　Ⅰ　管理・運営・サービス・アメニティに関する事項  　　　　Ⅱ　提供サービスや医療連携体制に関する事項  　　　　Ⅲ　医療の実績、結果に関する事項  　報告事項：以下のとおり |

【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：

記入一覧の順番に合わせて②③を入れ替えてはいかがでしょうか。また、名称は統一した方が良いと思います。