様式第２号

医療機能情報変更報告書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（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（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：