様式第６号

　　　　　令和　　年　　月　　日

在宅難病患者一時入院事業退院報告書

秋田県知事　宛

（実施医療機関）

住所

名称等

代表者

（担当者）

所属

職・氏名

次のとおり在宅難病患者一時入院事業を実施したので報告します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | 生年月日（年齢） | 　　　　　年　　月　　日（　　　歳）　 |
| 患者氏名 |  |
| 疾患名 |  |
| 入院期間 |  | から |  | まで |
| 備考 |  |