

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 月 日
患者氏名		(年齢)	(歳)
疾患名			
入院期間	から	まで	
備考			