【報告書表紙】

医療機能情報報告書

令和　　年　　月　　日

　兵庫県知事　様

医療機関所在地

　　　　　　　　　医療機関名

　　　　　　　　　　　　　　　　　（担当者名：　　　　　　　　　　）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　連絡先電話番号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　連絡先FAX番号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　電子メールアドレス

　医療法第６条の３第１項の規定に基づき、下記のとおり報告します。

記

（該当項目の【　　】に○を記載のこと。）

|  |  |
| --- | --- |
| 報告の種類※ | 報告内容 |
| 【　　】定期報告 | 【　　】前回の報告から、別添の部分を変更しました。 |
| 【　　】前回の報告から、変更ありません。 |

　定期報告･･･年に1回の報告義務に係る報告を行なう場合。

　　　　　　（毎年1月から3月中に前年12月末現在の状態等を報告）