様式第１号

医療機能情報報告届

※インターネット環境が無いなどの理由により、医療機関等情報支援システム（Ｇ－ＭＩＳ）への入力ができない場合に提出すること。

|  |  |
| --- | --- |
| 病院等の名称 |  |
| 報告種類 | [ ] 　定期報告（年１回）　　[ ] 　随時報告（基本情報の変更）[ ] 　新規開設時の報告※いずれかにチェックすること※新規開設時の報告の場合、様式第２号を併せて提出すること。 |
| 変更する項目及び内容（定期報告又は随時報告の場合） | 項目：内容：※様式第２号での報告に代えることができる。 |
| 備　考 |  |

 上記により医療機能情報の報告をします。

年　　月　　日

 住所（法人にあっては主たる事務所の所在地）

　　　　　　　　　　　 氏名（法人にあっては名称及び代表者の職氏名）

　 連絡先

　　　　　　　　　　　　　　担当者氏名：

電話番号：

ファクシミリ番号：

電子メールアドレス：

[ ] 鳥取市保健所長

　[ ] 鳥取県中部総合事務所長　　　　　　　　　　　　　様

[ ] 鳥取県西部総合事務所長

※いずれかにチェックすること