別紙

鳥取県福祉保健部健康医療局医療政策課医療政策担当　宛

　電子メール：iryouseisakutantou@pref.tottori.lg.jp

地域医療構想の取組の推進に向けた調査（回答票）

医療機関名

記入者氏名

電話番号

令和７年度、令和８年度中に病床削減、機能転換（病棟全体で看護配置の変更を伴うもの）、他医療機関との再編等の御予定はありますか。

　（次のいずれかに☑をお願いします）

□予定なし。

□予定あり。（様式１～４を添付してください）

９月１２日（金）までに電子メールにて御提出をお願いします。