様式第１号

医療機能情報報告届

|  |  |
| --- | --- |
| 病院等の名称 |  |
| 報告種類 | 定期報告（年１回）　　　随時報告（基本情報に変更があった場合）  　新規開設時の報告  ※いずれかにチェックすること |
| 報告方法 | 様式第２号  　とっとり医療情報ネット（<http://medinfo.pref.tottori.lg.jp/>）  ※いずれかにチェックすること |
| 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：

鳥取県東部福祉保健事務所長（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