

岡山県脳卒中医療連携体制を担う医療機関変更届

年 月 日

岡山県知事 殿

名 称
代表者氏名 印
所 在 地
電 話 番 号
記載者氏名

脳卒中医療連携体制を担う医療機関届の内容に変更が生じたので、次のとおり届け出ます。

記

1 変更内容

2 変更年月日 年 月 日

3 変更後の医療機能（該当する機能に○をしてください）

急性期 （ A ・ B ・ C ）

回復期

維持期（療養病床を有する施設等）

維持期（在宅医療）

4 添付書類

医療機能調査票1（別紙様式1）

医療機能調査票2（別紙様式2）

※ 記の3，4については、申請医療機関が担う医療機能に変更がない場合は不要です。