

京都府保健医療計画に係る医療機能明記届

平成 年 月 日

京都府健康福祉部長 様

開設者住所

開設者氏名

印

記入担当者	所 属
	氏 名
	連絡先

京都府保健医療計画に係る「脳卒中」の医療機能明記について、下記のとおり届け出ます。

記

1. 医療機関名	電話 ()
2. 開設場所	
3. 該当医療機能	・急性期 ・回復期 ・維持期

注意：該当する医療機能を○で囲んでください。

様式2の医療機能状況を記入の上、添付してください。

提出方法：下記提出先へ郵送又はFAXで提出して下さい。

【提出先】

〒602-8570（住所記載不要）

京都府健康福祉部 医療課 医務・看護担当

TEL：075-414-4746

FAX：075-414-4752