

## 京都府保健医療計画に係る医療機能明記変更届

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」の医療機能について、下記のとおり変更になりましたので、医療機関の明記について（追加・修正・削除）を、お願いします。

## 記

1. 医療機関名	電話 ( )	
2. 開設場所		
3. 該当医療機能	<b>【変更前】</b> ・急性期 ・回復期 ・維持期	<b>【変更後】</b> ・急性期 ・回復期 ・維持期 ・該当無し
4. 今回の医療機能の変更内容		

注意：該当する医療機能を○で囲んでください。  
別添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