

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「急性心筋梗塞」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

注意：該当する医療機能を○で囲んでください。

様式 3 の医療機能状況報告書を記入の上、添付してください。

提出方法：下記提出先へ郵送又は F A X 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 : 0 7 5 - 4 1 4 - 4 7 4 6

FAX : 0 7 5 - 4 1 4 - 4 7 5 2

