病床機能転換（一部変更含む）・移動等検討届け出

平成　　　年　　　月　　日

|  |
| --- |
| 医療機関名 |
| 担当者（氏名・部署） |
| 転換等の予定月日  令和　　　年　　　月　　日から予定 |
| 転換等の内容（具体的に） |
| 転換後の予定（さらに転換・移動が予定されている場合など） |
| その他 |