新規開業に伴う外来医療提供等報告書

令和　　　年　　　月　　日

|  |
| --- |
| 医療機関名 |
| 担当者（氏名・部署） |
| 開業等の予定月日  令和　　　年　　　月　　日から予定 |
| 担う予定の外来医療機能 |
| 上記以外の方法により区域において不足する外来医療機能を担う場合 |
| その他 |