

岡山県急性心筋梗塞等の医療連携体制を担う医療機関変更届

年 月 日

岡山県知事 殿

医療機関名
代表者氏名
所在地
電話番号
記載者氏名

急性心筋梗塞等の医療連携体制を担う医療機関届の内容に変更が生じたので、次のとおり届け出ます。

記

1 変更内容

2 変更年月日 年 月 日

3 変更後の医療機能（該当するものに✓をして下さい）

- | | | |
|--------------------------------|-----------------------|-------|
| ☐ 急性期 | } | 複数選択可 |
| ☐ 回復期 | | |
| ☐ 再発予防 | | |
| ☐ かかりつけ | ← 上のいずれにも該当しない場合のみ選択可 | |

4 添付書類

- (1) 医療機能調査票（別紙様式1 ①～③）
- (2) 安心ハート手帳利用届出票（別紙様式2）

※ 記の3，4については、申請医療機関が担う医療機能に変更がない場合は不要です。