

年 月 日

在宅難病患者一時入院事業実施報告書

群馬県知事

あて

医療機関の長

印

年 月 日付けで通知のあった一時入院について、下記の者が退院しましたので、報告します。

記

患者氏名		受給者番号	
患者住所			
疾患名			
入院期間	年 月 日 から	年 月 日まで	
事業実施期間	年 月 日 から	年 月 日まで	
事業実施日数	日		
患者の入院中の状況			
管轄保健福祉事務所（保健所）への伝達事項			
医療機関担当者	(職名)	(氏名)	