外来医療機能に係る申出書

　広島県知事　　様

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 病院又は診療所 | 名称 |  |
| 所在地 |  |
| 開設年月日 |  |
| 担当者名 |  |
| 連絡先 |  |

　開設するにあたって，当該地域で不足する外来医療機能を担うことについて

　□　合意する

＜担う外来医療機能等を具体的に記載＞

　□　合意しない

　　＜合意をしない理由＞