**外来医療機能分担申出書**

様式第１

　年　　月　　日

愛知県清須保健所長　殿

開設者　住所（法人の場合は、主たる事務所の所在地）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名（法人の場合は、名称及び代表者の職・氏名）

　私は、愛知県外来医療計画に基づき、地域で不足している医療機能について、以下のとおり申し出ます。

（１又は２を選択し□にチェックをいれてください。）

**１　□私は、以下の外来医療機能を担うことを申し出ます。**

|  |  |
| --- | --- |
| 担う外来医療機能※担う医療機能に☑をつけてください | 【例】□・産業医□・予防接種　　　□・その他（　　　　　　　　）注）地域で不足している外来医療機能を記載 |

**２　□私は、地域で不足する外来医療機能のいずれも担いません。**

|  |  |
| --- | --- |
| 理　　　由※担うことができない理由を記載してください。 |  |

※２を選択した場合、後日、各構想区域の地域医療構想推進委員会又は調整部会への御出席をお願いすることがあります。

●開設する診療機関の情報等を記入してください。

|  |  |
| --- | --- |
| 名称 |  |
| 開設の場所 |  |
| 診療科名 |  |
| 開設（予定）年月日 |  |
| 連絡先担当者名 |  |
| 連絡先電話番号 |  |