

別記様式第4

再編計画の実施状況報告書

年 月 日

関東信越厚生局長 殿

申請者
住 所
医療機関名
氏 名

地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律第12条の7の規定に基づき、認定再編計画の実施状況について報告します。

記

1. 報告する認定再編計画

認定再編計画番号	
再編の事業の 対象医療機関	

2. 再編の事業の実施状況

実施期間	年度 ～ 年度	
計画年度	実施内容	現在の実施状況
年度	・	

(備考)

- 1 認定再編計画を添付すること。
- 2 その他地方厚生（支）局長が求める書類を添付すること。
- 3 「申請者」には、再編の事業を行う全ての医療機関の開設者を記載すること。
- 4 申請者が法人その他の団体の場合には、「住所」には「主たる事務所の所在地」を、「氏名」には「名称及び代表者の氏名」を記載すること。
- 5 用紙の大きさは、A4とすること。