（病院用）

**令和７年度**　**施設基準実施状況報告書**

**（令和７年８月１日現在）**

令和７年　　月　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 保険医療機関　　名　称 |  |
| 所在地 |  |
| 開設者名 |  |

関東信越厚生局長　殿

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 報告書作成担当者名 | |  | |
| TEL（　　　　　　）　　　　　－ | | | FAX（　　　　　　）　　　　　－ |
| メールアドレス |  | | |

＊報告内容に係る照会に対応できる実際の担当者名を記載ください。