# 別記様式第４

再編計画の実施状況報告書

年 月 日

東北厚生局長　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 | ・  ・ |  |
| 年度 | ・  ・ |  |
| 年度 | ・  ・ |  |
| 年度 | ・  ・ |  |
| 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。