

令和6年度外来機能報告

無床診療所 外来機能報告希望受付票

| | |
|---------|------------------------------|
| 受付日時 | 月 日 : |
| 医療機関名 | |
| 住所 | 都道府県 |
| 連絡先番号 | 電話 - - FAX - - メールアドレス |
| 担当者名 | |
| 医療機関コード | 医科 () |
| (現時点) | 歯科 () |

※令和6年3月15日までは、①の委託事業者まで提供してください。
令和6年3月16日以降は、②の医政局地域医療計画課 外来・在宅医療対策室まで提供してください。

○お問い合わせ・提出先

①病床・外来機能報告事務局（株式会社三菱総合研究所）
〒100-8141 東京都千代田区永田町 2-10-3
【都道府県対応用連絡先】
TEL: 03-6858-3653
Mail: byousyoukinou_r5@ml.mri.co.jp

②医政局地域医療計画課 外来・在宅医療対策室
TEL:03-5253-1111（内線 2662）
Mail:gairai-zaitaku@mhlw.go.jp

※都道府県専用ですので、上記 TEL と Mail については医療機関に伝えないようお願いします。