

指定自立支援医療機関自己点検表改善方針

医療機関名		
所在地		
連絡先	電話	FAX
担当者		
不適切該当箇所		改善方針
例	第4その他—(7) 不適切理由 指定後管理薬剤師及び所在地の変更があったが、県知事への届出が漏れていた。	変更届を〇月〇日に行った。 今後、変更事項が生じた場合は、速やかに県知事に届け出る。また、届出の漏れがないよう職員等へ届出の周知を行う。
1		
2		
3		
4		

※ 指定自立支援医療機関に係る自己点検表の点検結果により、「否」に該当した項目について、今後の改善策を記入してください。

上記の通り報告します。

作成日 年 月 日

指定自立支援医療機関  
所在地  
開設者名：