○○第　　号　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　年　月　 日

○○健康福祉事務所長　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　 医療機関名：

 所在地：

開設者：

重点支援区域申請の希望について

当院は、再編統合を検討し支援を希望することから、関係書類を添えて、次のとおり重点支援区域の申請を希望します。

１　地域医療構想区域名（２次保健医療圏域等）

２　再編統合（機能連携等を含む）の対象となる医療機関名

３　関係書類

・重点支援区域に関する基本情報（申請様式１）

・対象医療機関の概要（申請様式２）

・その他