

# 岡山県脳卒中医療連携体制を担う医療機関変更届

年 月 日

岡山県知事 殿

名 称  
代表者氏名 印  
所在地  
電話番号  
記載者氏名

脳卒中医療連携体制を担う医療機関届の内容に変更が生じたので、次のとおり届け出ます。

## 記

1 変更後の状況について  
(医療機能調査票1・2に記入してください。)

2 変更年月日 年 月 日

3 変更後の医療機能 (該当に○をしてください)

急性期 ( A ・ B ・ C )

回復期

維持期 (療養病床を有する施設等)

維持期 (在宅医療)