

- 更生医療・育成医療
- 精神通院医療

指定自立支援医療機関一覧

	指定自立支援医療機関名称	医療機関コード	郵便番号	所在地	電話番号	主として担当する医師又は薬剤師の氏名	備考
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							

記入要領

- ・別途提出した様式第3号において、変更事項のある指定自立支援医療機関の現在の届出内容を記載してください。県に提出されている情報と相違する場合は、個別に変更届の提出が必要です。
- ・行が不足する場合は、適宜行を追加してください。