変更の有無確認用

◆メールでの提出先（推奨）

　埼玉県疾病対策課メールアドレス:a3590-14@pref.saitama.lg.jp

◆郵送での提出先

　〒330－9301　さいたま市浦和区高砂３－１５－１

　 埼玉県庁　疾病対策課　精神保健担当 宛

提出期限　令和７年２月２１日（金）

回答用紙

　　　　　　　　 　御提出日　令和　年　月　日

医療機関名

御担当者名

御連絡先（電話）

御連絡先（メール）

医療機能一覧表の掲載事項についての変更（どちらかに〇）

　　　　　なし

　　　　　あり　→別添調査票を記入要領に基づき作成し

　　　　　　　　　併せて御提出ください。