

(別紙様式)

千葉県健康福祉部医療整備課医療指導班 高田 宛て
(FAX 番号 0 4 3 - 2 2 1 - 7 3 7 9)

医療機関名 _____
担当者名 _____
T E L _____

平成 3 1 年度 4 月 2 7 日から 5 月 6 日までの対応について下記のとおり
回答します。

医療機関名	住所	電話番号 (一般の 連絡先)	電話番号 (10 連休 中の連絡先)

4 月 27 日	4 月 28 日	4 月 29 日	4 月 30 日	5 月 1 日	5 月 2 日	5 月 3 日	5 月 4 日	5 月 5 日	5 月 6 日	備考

(記載例)

外来										
4 月 27 日	4 月 28 日	4 月 29 日	4 月 30 日	5 月 1 日	5 月 2 日	5 月 3 日	5 月 4 日	5 月 5 日	5 月 6 日	備考
○	×				×	×	○	○	○	検討中

(記載要領)

10 連休中に救急対応又は外来診療を行う予定を回答すること。

(「4 月 27 日」～「5 月 6 日」の項目について)

10 連休中の各日において

通常通り外来診療を提供する予定である場合は「○」

外来診療は提供しないものの救急対応のみ行う予定である場合は「 」

外来診療及び救急対応を行わない予定である場合は「×」

をそれぞれ選択すること。

救急対応は市町村、一部事務組合等による体制を除き、医療機関として対
応する場合に記載する。