

外来医療機能に関する意向調書

年 月 日

北海道知事 様

住 所

提出者 氏 名

連絡先（電話）

（E-mail）

1 診療所の名称等

名称	
開設の場所	〒 電話 () FAX ()
開設年月日	
診療科目	

2 地域で不足する外来医療機能の実施に関する合意の有無

地域で不足する医療機能の実施		☐ 合意する	☐ 合意しない
合意する場合	▶合意する医療機能に☑を入れてください。 ☐夜間や休日等における地域の初期救急医療への協力 ☐在宅医療の実施		
合意しない場合	▶合意しない理由を記載してください。（理由） ▶以下に該当する場合は☑を入れてください。 ☐現在は合意しないが、将来的には地域で不足する医療機能の実施を検討したい		

※本資料は、診療所開設届と合わせて所管の保健所に提出してください。また、提出いただきました回答内容については、開設場所が含まれる圏域の「地域医療構想調整会議」において、報告させていただきます。

（問い合わせ先）
札幌市保健所医務薬事課
TEL:011-622-5162