様式第７号

　　年　　月　　日

在宅難病患者一時入院事業報告書

石川県知事　様

医療機関の長

次のとおり報告します。

|  |  |
| --- | --- |
| 患者氏名 |  |
| 一時入院利用期間 | 　　年　　月　　日　　～　　　年　　月　　日 |
| 入院日数 | 　　　　　　　　　　　　　　　　日 |
| 担当医師名 |  |
| 備　考 |  |

注）やむを得ず事業を利用できなかった場合は、その理由を備考欄に記入すること