

在宅難病患者一時入院事業退院報告書

年 月 日

愛媛県知事 様

所在地

医療機関名

管理者

印

年 月 日に当院に入院した

(対象患者氏名)

については、 年 月 日に退院しましたので、報告します。

難病医療コーディネーター 確認欄

氏名 _____ (印)