別記様式２

第　　号

令和　　年　　月　　日

　医療法人○○○○

　理事長　○○　○○　様

栃木県保健福祉部長　○○　○○

新型コロナウイルス感染症患者を受け入れる病床の割当てについて

このことについて、令和　年　月　日付け申請書のとおり、新型コロナウイルス感染症患者を受け入れる療養病床として割り当てます。

医療政策課地域医療担当

　TEL 028-623-3145