別記様式第１

栃木県新型コロナウイルス感染症後方支援医療機関登録届

番　　　号

年　　月　　日

栃木県知事　　　　　　様

所在地

法人名

代表者名

栃木県新型コロナウイルス感染症後方支援医療機関協力金交付要綱第４条第１項の規定により、後方支援医療機関として、次のとおり届け出ます。

|  |  |
| --- | --- |
| 区　　分 | 回　　答 |
| 新型コロナウイルス感染症から回復した患者の受入れ可能病床数 | 床 |
| 受入れ困難な患者がいる場合、その内容 |  |
| 転院元の入院医療機関からの連絡先 | 担当部署・担当者名 |
|  |
| 電話番号 |
|  |
| ＦＡＸ番号 |
|  |
| メールアドレス |
|  |