

## 令和6年度外来機能報告

## 無床診療所 外来機能報告希望受付票

受付日時	月 日 :
医療機関名	
住所	都道府県
連絡先番号	電話 - - FAX - - メールアドレス
担当者名	
医療機関コード	医科 ( )
(現時点)	歯科 ( )

※令和6年3月15日までは、①の委託事業者まで提供してください。  
令和6年3月16日以降は、②の医政局地域医療計画課 外来・在宅医療対策室まで提供してください。

## ○お問い合わせ・提出先

①病床・外来機能報告事務局（株式会社三菱総合研究所）  
〒100-8141 東京都千代田区永田町 2-10-3  
【都道府県対応用連絡先】  
TEL: 03-6858-3653  
Mail: [byousyoukinou\\_r5@ml.mri.co.jp](mailto:byousyoukinou_r5@ml.mri.co.jp)

②医政局地域医療計画課 外来・在宅医療対策室  
TEL:03-5253-1111（内線 2662）  
Mail:[gairai-zaitaku@mhlw.go.jp](mailto:gairai-zaitaku@mhlw.go.jp)

※都道府県専用ですので、上記 TEL と Mail については医療機関に伝えないようお願いします。