FAX：098-866-2714

Mail:hokamakc@pref.okinawa.lg.jp

沖縄県保健医療部医療政策課　外間　あて（送信表不要）

**介護医療院の新規開設に係る意向調査**

貴法人名

ご担当者名

電話番号

メールアドレス

１．介護医療院の新規開設について該当する項目に○をつけて下さい。

|  |  |
| --- | --- |
| 開設の意向がある |  |
| 開設の意向がない |  |

２．１で「開設の意向がある」に○を付けた医療機関は、以下について記載をお願いします。

|  |  |
| --- | --- |
| 開設の時期 | 令和　　年　　月頃 |
| 施設規模 | 　　　　　床 |
| 開設場所（市町村） |  |

３．その他（自由記載）

ご協力ありがとうございました。