**医療機能情報送付依頼ＦＡＸ用紙**

**（G-MISでオンライン報告をする医療機関は送付不要です）**

（東京都保健医療局医療政策部医療政策課　東京都保健医療情報センター宛て）

**送付先ＦＡＸ番号　03-5272-1804**

**令和５年度報告を書面で報告したいので登録情報を送付してください。**

　　 **休止又は廃止を報告するので、「休止・廃止用医療機能情報報告書」を送　　付してください。**

**※上記のどちらかに☑をつけてください。**

令和　　年　　月　　日

医療機関　〒

　　 　所 在 地

医療機関名

電話番号

保険医療機関番号

連絡担当者氏名

【注　意】

１ 「登録情報の送付」は**インターネットを通じたオンライン報告ができない場合にのみ、ご利用になれます。**

２ ＦＡＸを送っていただいてから登録情報の書面を発送できるまで１０日ほどかかります。報告期限は、オンライン報告と異なり、書面受け取り後２週間です。