資料３－３

別紙１

新たな病床機能の再編支援について（意向調査）回答票

下記支援メニューについて、利用の意向がある場合は、「あり」に〇をしてください。

１　医療機能の分化・連携に必要な病床削減支援

1. 令和２年度　利用の意向　　　　（　　あり　　）
2. 令和３年度　利用の意向　　　　（　　あり　　）

２　医療機能の分化・連携に必要な医療機関統合支援

1. 令和２年度　利用の意向　　　　（　　あり　　）
2. 令和３年度　利用の意向　　　　（　　あり　　）

３　病院の債務整理に必要な借入資金に対する支援

1. 令和２年度　利用の意向　　　　（　　あり　　）
2. 令和３年度　利用の意向　　　　（　　あり　　）

なお、「意向あり」と回答いただいた病院様には、後日、担当グループより具体的な内容についてお伺いします。

|  |  |
| --- | --- |
| 病院名 |  |
| 担当者 |  |
| 電子メール  （連絡等対応可能なアドレスをご記入ください） |  |