様式第５号の１

在宅難病患者一時入院事業退院報告書

年　　月　　日

愛媛県知事　様

所在地

医療機関名

管理者　　印

年　　月　　日に当院に入院した

（対象患者氏名）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

については、　　年　　月　　日に退院しましたので、報告します。

難病医療コーディネーター　確認欄

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　㊞