令和　　年　　月　　日

（宛先）前橋市保健所長

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住所（法人所在地）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　開設者

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名（法人名・代表者名）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　施設名

管理者

　　　　　氏名

令和７年度医療監視・改善状況報告送付書

令和　年　月　日付前保総第　　号により通知された不適合事項の改善状況は下記のとおりです。

記

１　改善状況

|  |  |
| --- | --- |
|  | 改善が完了しました |
|  | 改善が完了していないので引き続き取り組みます（完了するまで３か月ごとに状況を報告します） |

　　　　　※該当する方に○を記入してください。

２　添付書類

令和７年度医療監視結果改善状況報告書及び改善状況に係る挙証書類