

## 情報通知依頼書

各部署責任者殿

病院関係の情報が入りましたので、部署内職員に周知願います。

病院長

依頼日 :	
情報発信元 :	
情報概略 :	
情報種別 :	<input type="radio"/> 医療安全 <input type="radio"/> 薬剤 <input type="radio"/> 保険・診療報酬 <input type="radio"/> 運営・経営 <input type="radio"/> その他
レベル分類 :	<input type="checkbox"/> レベル1(周知の確認は不要) <input type="checkbox"/> レベル2(周知の確認が必要) <input type="checkbox"/> レベル3(1週間以内に周知徹底。周知の確認が必要)