様式第２号

　　令和　　年　　月　　日

水戸市保健所長　様

　　　　　　医療機関名

　　　　　　管理者名

改善措置報告書

　　令和　　年　　月　　日付け保総第　　　号で通知のあったこのことについて，下記のとおり改善措置しました。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 不適合事項 | 改善措置 |
|  |  |
|  |  |
|  |  |