令和　　年　　月　　日

東京都福祉局長　宛

所在地

指定医療機関名

管理者名

改善状況報告書

|  |  |
| --- | --- |
| 指摘事項 | 改善状況又は改善計画 |
|  |  |

（令和　　年 　月 　日　指導）