

〔記載例〕 ①管理者の変更、②个人防护具備蓄の変更 があった場合

医療措置協定に係る変更申出書

令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日

香川県知事 様

【医療機関、薬局、訪問看護事業所】

所在地 高松市○○町●丁目△番□号

名称 ●●病院(△△薬局, □□訪問看護ステーション)

管理者名※ 高松 次郎

※管理者が変更した場合は、新たな管理者名を記載

開設者名※

※管理者と開設者の連名で協定を締結している場合のみ記載

医療機関番号 371999999

担当者名 四国 三郎

電話番号 ○○○-△△△-□□□□

メール aaa@bbb.ccc.ddd

令和○年○月○日付けで締結した医療措置協定について、下記のとおり変更があったので申し上げます。

記

(変更事項)

変更区分 ※該当する数字に○	1 医療機関・薬局・訪問看護事業者の名称の変更 2 医療機関・薬局・訪問看護事業者の所在地の変更 ③ 管理者の変更 4 開設者の名称の変更 (法人名の変更、代表者の変更) 5 開設者の所在地の変更 6 医療措置の内容の変更 (注) ⑦ 个人防护具備蓄の変更 (注) 8 その他 ()
変更年月日	令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日
① 変更事項 [変更区分の番号] (3)	変更前 香川 太郎 変更後 高松 次郎
② 変更事項 [変更区分の番号] (7)	変更前 サージカルマスク : 100 枚、2 か月分 アイソレーションガウン : 0 枚、0 か月分 変更後 サージカルマスク : 300 枚、6 か月分 アイソレーションガウン : 50 枚、2 か月分

(注) 医療措置の内容の変更や个人防护具備蓄の変更の場合で、表中への記載が難しい場合は、変更内容が分かる資料 (様式に指定はありません。) を添付してください。