

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 _____

名称 _____

管理者名※ _____

※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 _____

担当者名 _____

電話番号 _____

メール _____

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出ます。

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 個人防護具の備蓄の変更（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] ()	変更前
	変更後
② 変更事項 [変更区分の番号] ()	変更前
	変更後

(注) 医療措置の内容の変更や個人防護具の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。