医療措置協定に係る変更申出書

令和 年 月 日

山形県知事 殿

所在地

医療機関名

管理者名

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

１ 変更事項

|  |  |
| --- | --- |
| 変更区分※該当する数字に○ | １　管理者又は開設者の変更２　医療機関の名称の変更３　住所の変更４　保険医療機関番号の変更５　個人防護具の備蓄の変更（病院及び診療所に限る）６　協定書第３条の変更７　その他（連絡先電話番号・メールアドレス変更等） |
| 変更事項変更区分番号：　変更日：　年　月　日 | 新 |
| 旧 |
| 変更事項変更区分番号：　変更日：　年　月　日 | 新 |
| 旧 |

※変更内容がわかる資料等がございましたら添付して下さい。