医療措置協定の締結・協定指定医利用機関の指定に係る変更等申出書

感染症法に基づく医療措置協定及び協定指定医療機関の指定について、変更（解除）を申し出ます。

　令和　　年　　月　　日

医療機関等

名　称

所在地

開設者　職・氏名：

管理者　職・氏名：

連絡先　電話番号：

　　　　　　　　　　　　　　　　　　ファクシミリ番号：

　　　　　　　　　　　　　　　　　　メールアドレス：

　　　　　　　　　　　　　　　　　　担当者　職・名：

＜変更・解除の申出内容＞

|  |
| --- |
|  |