

長崎県知事 様

(※変更前で記載可)

医療機関の所在地：

医療機関名：

医療機関の管理者名：

(担当者名)：

メールアドレス：

医療措置協定変更（協議）申出書

年 月 日付けて締結した「新型インフルエンザ等感染症、指定感染症又は新感染症に係る医療を提供する体制の確保に必要な措置に関する協定（医療措置協定）書」について、次のとおり変更（協議）を申し出ます。

I 変更（協議）内容 (※該当する部分のみ記載)

(1) 医療機関の 名称	(変更内容)	添付書類： 同意書、変 更内容がわ かるもの (写可)
	(変更理由)	
	(変更年月日) 年 月 日	
(2) 医療機関の 開設者名称	(変更内容)	添付書類： 同意書、変 更内容がわ かるもの (写可)
	(変更理由)	
	(変更年月日) 年 月 日	
(3) 医療機関の 所在地	(変更内容)	添付書類： 同意書、変 更内容がわ かるもの (写可)
	(変更理由)	
(4) 医療措置の 内容(協定第3条 関係)	(変更内容)	添付書類： 同意書
	(変更理由)	
	(変更年月日) 年 月 日	
(5) 個人防護具 備蓄の内容	(変更内容)	/
	(変更理由)	
	(変更年月日) 年 月 日	
(6) その他	(変更内容・理由等)	※適宜後日 指示

注1) 変更の内容によっては、現協定解約の後、再度協定の締結をお願いする場合があります。

注2)「管理者の変更」のみで、変更申出する必要はありませんが、(1)～(5)の変更がある場合、変更内容に管理者の変更についても記載し、お知らせください。