

年 月 日

長崎県知事 様

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：

### 医療措置協定解約申出書

年 月 日付で締結した「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）」について、次のとおり解約を申し出ます。

1 協定解約理由

2 協定解約希望日

年 月 日

(※協定解約希望日は、協定解約日として確約するものではありません。)