（様式10）

清須保健所総務企画課　多和田行

**FAX：052-401-2113**

E-mail：kiyosu-hc@pref.aichi.lg.jp

**診療所（医科・歯科）、助産所**

**立入検査日程変更連絡票**

|  |  |
| --- | --- |
| 医療機関名 |  |
| 電話番号 |  |
| 担当者名 |  |
| 現在の検査予定日時 | 令和　　年　　月　　日（　　） |
| 検査を希望する曜日・時間帯 |  |

※希望する曜日・時間帯を御連絡ください。

日にちの御希望には添えませんので御了承ください。

※日程調整の上、再度検査日を連絡させていただきます。

※立入検査の時間は、前の診療所の検査状況、交通状況等の諸事情により15分程度前後しますので御了承ください。