

(様式2)

診療・検査医療機関指定変更報告書

令和 年 月 日作成

医療機関名	
住所	
指定番号 ※指定書の右上の番号	2 感対第1040- 号
変更事項	
変更予定日	
変更前	
変更後	

報告者氏名	
電話番号	

※変更事項とは意向調査票に記載した事項です。

※本報告は事前に（変更決定後速やかに）報告してください。

(様式2)

【記入例】

診療・検査医療機関指定変更報告書

令和 年 月 日作成

医療機関名	〇〇クリニック
住所	〇〇市〇〇町〇丁目〇〇番地
指定番号 ※指定書の右上の番号	2 感対第1040-〇〇号
変更事項	曜日ごとの稼働時間
変更予定日	〇月〇日
変更前	月～水、金 9:00～12:00
変更後	月～水、金 9:00～12:00 16:00～18:00

報告者氏名	
電話番号	

※変更事項とは意向調査票に記載した事項です。

※本報告は事前に（変更決定後速やかに）報告してください。