医療措置協定に係る変更申出書

様式第５号（薬局用）

令和　年　月　日

愛知県知事　様

|  |  |
| --- | --- |
| 【医療機関】 | |
|  | 医療機関名 | |  |
|  | 保険医療機関番号 | |  |
|  | 住所 | |  |
|  | 管理者氏名 | |  |
|  | 開設者住所 | |  |
| （開設者　法人名） | |  |
| 開設者　職・氏名 | |  |

令和　年　月　日付で締結した医療措置協定について、下記のとおり変更を申し出ます。

記

1. 変更事項（変更を申し出る項目のみ記載）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 協定書第３条（医療措置の内容）の変更 | 新 |  |
| 旧 |  |
| 協定書第４条（個人防護具の備蓄）の変更 | 新 |  |
| 旧 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 担当者 | |
|  | (所属)氏名 |  |
|  | 電話番号 |  |
|  | メールアドレス |  |