医療措置協定に係る届出書

様式第４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 |  |

医療機関の名称等の変更について、下記のとおり届け出ます。

記

1. 変更事項（変更を届け出る項目のみ記載）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 医療機関の名称 | 新 |  |
| 旧 |  |
| 医療機関の住所 | 新 |  |
| 旧 |  |
| G-MISID | 新 |  |
| 旧 |  |
| 開設者住所 | 新 |  |
| 旧 |  |
| 開設者氏名 | 新 |  |
| 旧 |  |

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