医療措置協定に係る変更（解除）申出書

令和　　年　　月　　日

宮崎県知事　殿

所在地

医療機関等名

管理者名

担当者名

電話番号

メール

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

記

１．変更

|  |  |
| --- | --- |
| 変更の内容　（　　　　）※複数可　※以下の内容から該当するものを選び、（　）に番号をご記入ください。　①医療機関情報の変更　②医療措置内容の変更　③その他（　　　　　　　　　　　　） | 《変更前》 |
| 《変更後》 |
| 変更年月日 | 令和　　　年　　　月　　　日 |

２．解除

|  |  |
| --- | --- |
| 解除の理由　（　　）　※以下の内容から該当するものを選び、（　）に番号をご記入ください。　①閉院等②その他（内容を右欄に記入） | 《②の内容》 |
| 解除年月日 | 令和　　　年　　　月　　　日 |