

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