***別記様式第８号（第12条関係）***

医療措置協定に係る変更申出書

令和　　年　　月　　日

香川県知事　 様

　　　　　　　　　　　　　【医療機関、薬局、訪問看護事業所】

　　　　　　　　　　　　　　　所 在 地

　　　　　　　　　　　　　　　名 　称

　　　　　　　　　　　　　　　管理者名※

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　※管理者が変更した場合は、新たな管理者名を記載

　　　　　　　　　　　　　　　開設者名※

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　※管理者と開設者の連名で協定を締結している場合のみ記載

　　　　　　　　　　　　　　　医療機関番号

　　　　　　　　　　　　　　　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、下記のとおり変更があったので申し出ます。

記

（変更事項）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 変更区分  ※該当する数字に○ | | １　医療機関・薬局・訪問看護事業者の名称の変更  ２　医療機関・薬局・訪問看護事業者の所在地の変更  ３　管理者の変更  ４　開設者の名称の変更（法人名の変更、代表者の変更）  ５　開設者の所在地の変更  ６　医療措置の内容の変更（注）  ７　個人防護具の備蓄の変更（注）  ８　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 変更年月日 | | 令和　　年　　月　　日 |
| ① | 変更事項  ［変更区分の番号］  （　　　　　） | 変更前 |
| 変更後 |
| ② | 変更事項  ［変更区分の番号］  （　　　　　） | 変更前 |
| 変更後 |

　（注）医療措置の内容の変更や個人防護具の備蓄の変更の場合で、表中への記載が難しい場合は、変更内容が分かる資料（様式に指定はありません。）を添付してください。