秋田県医療措置協定変更申出書

令和 年 月 日

秋田県知事

所在地

医療機関名

管理者名

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。

１ 変更事項

|  |  |
| --- | --- |
| 変更区分  ※該当する数字に○ | １　管理者の変更（協定書変更希望　有　）  ２　医療機関の名称の変更  ３　医療機関の住所の変更  ４　協定書第３条の内容変更  ５　個人防護具の備蓄の変更  ６　その他（連絡先電話番号・メールアドレス変更等） |
| 変更事項  変更区分番号：  変更日：　年　月　日 | 新 |
| 旧 |
| 変更事項  変更区分番号：  変更日：　年　月　日 | 新 |
| 旧 |

※管理者の変更については、新たな管理者を把握するため申出事項としているが、権利義務は継承され協定書面変更の必要はないことから、協定書の管理者名変更を希望する場合に有へ○のこと。