医療措置協定変更申出書

令和　　年　　月　　日

徳島県知事　殿

医療機関

 医療機関名

 保険医療機関番号

 所在地住所

 管理者氏名

　 担当者

　　 　所属・氏名

　　 　電話番号

　　 　E-mail

　令和　　年　　月　　日付けで締結した新型インフルエンザ等感染症、指定感染症又は新感染症に係る医療を提供する体制の確保に必要な措置に関する協定（医療措置協定）について、下記のとおり協定内容の変更を申し出ます。

記

１　変更箇所

 変更前）

 変更後）

２　変更希望日

令和　　年　　月　　日

以上