

# 外来対応医療機関 指定変更届

届出日： 令和 年 月 日

医療機関名：

電話番号：

担当部署・担当者：

当院は、外来対応医療機関の指定を受けましたが、指定内容を次のとおり変更したいので届け出ます。

変更日	令和 年 月 日
-----	----------

◆外来対応医療機関として、下記のうち変更がある項目について、「変更前」と「変更後」の内容を記入してください。（変更がない項目は記入不要）

## 1 対応時間の変更 (※対応時間を決めず、相談受付後に体制整備し受入れる場合は、その他の欄に「随時」と記入してください。)

変更前		変更後	
月		月	
火		火	
水		水	
木		木	
金		金	
土		土	
日		日	
その他		その他	

## 2 県ホームページでの公表の変更

	変更前 ((1)(2)は該当するものに○)	変更後 ((1)(2)は該当するものに○)
(1)診療・検査対象が「 <b>自院患者のみ</b> 」であることの公表の希望の有無	希望する 希望しない	希望する 希望しない
(2)県ホームページに記載する県民の方々への注意事項等 <small>※「必ず電話予約してから受診してください。」旨の注意喚起は、県ホームページに別途記載するため記入不要</small>		(記載例：当院ホームページ上で受付。当院到着時に車内から電話連絡ください。15歳以下の受入れ不可。等)

## 3 その他の変更 (※上記の他、「診療・検査の内容」、「担当者の変更」等がある場合は、記入してください。)

変更前	変更後

【変更届提出先】 徳島県保健福祉部 感染症対策課  
FAX番号：088-621-2818 メール：kansenshotaisakuka@pref.tokushima.jp