医療措置協定に係る変更申出書

令和　　年　　月　　日

栃木県知事　　　　　　　様

【医療機関】

所在地

医療機関名

【協定締結者】

管理者名

（開設者名※）

※法人が運営している場合に限る。

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

１　変更事項

|  |  |
| --- | --- |
| 変更区分※該当する数字に○ | １　医療機関の名称の変更２　所在地の呼称や地番の変更３　管理者（開設者）氏名の変更４　管理者の変更５　開設者の変更（法人が運営している場合に限る。）６　医療機関の移転７　協定書第３条の変更８　協定書第４条の変更 |
| 変更事項（変更区分　　　　） | 新 |
| 旧 |
| 変更事項（変更区分　　　　） | 新 |
| 旧 |

　※変更内容がわかる資料等がございましたら添付して下さい。