

感染症法による指定医療機関変更届書

指定 機 関	指定番号	第 号
	名 称	
	所 在 地	
変 更 事 項	旧	
	新	
変 更 年 月 日		年 月 日
委 託 患 者 の 措 置		

上記のとおり変更しましたのでお届けします。

年 月 日

上記医療機関開設者 住 所

氏 名 印

高 松 市 長 殿

注意事項

1. この書類は、所在地を管轄する保健所長を経由して知事に提出してください。
2. この書類は、次の事項に変更があった場合に提出してください。
 - イ 医療機関の名称が変更した場合（開設者の変更に伴う名称の変更は除く。）
 - ロ 形式的所在地の変更（現実に建物が移転した場合は除く。）
 - ハ 診療科目が変更した場合
 - ニ 管理者が変わったとき。
 - ホ 婚姻、養子縁組、法人の名称変更等により開設者に変更のあった場合
 - ヘ 開設者の住所に変更があった場合

記載事項

1. ※印のところは、不要の文字を消してください。
2. 「指定番号」は指定書の番号を記入してください。
3. 指定機関の「名称」は略称を用いることなく正式の名称を記載してください。
4. 指定機関の「所在地」は番地まで記載してください。
5. 変更事項の「旧」欄には従来届け出ていたことを、「新」欄には今回変更されたことをそれぞれ記載してください。
6. 「変更年月日」は変更事項の発生した日を記載してください。
7. 「委託患者の措置」は既に行なったこと及び今から行おうとしていることを記載してください。
8. 開設者が法人の場合には法人の「所在地」「名称」及び「代表者氏名」を記載し、代表者印を捺印してください。