医療措置協定変更申出書

令和　年　月　日

大分県知事　佐藤　樹一郎　様

【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、下記のとおり協定の変更を申し出ます。

記

１　変更の理由

２　変更希望日 　令和　年　月　日

３　変更内容

|  |  |
| --- | --- |
| 変更前 | 変更後 |
|  |  |

医療措置協定変更申出書（記入例）

令和　年　月　日

大分県知事　佐藤　樹一郎　様

【医療機関】

医療機関名　　　　　〇〇医院

保険医療機関番号　　44101234567

 所在地住所　　大分市大手町3－1－1

 管理者氏名　　院長　大分太郎

担当者

所属・氏名

電話番号

e-mail

令和６年〇月〇日付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、下記のとおり協定の変更を申し出ます。

記

１　変更の理由 診療所の移転および移転後の診療所の構造にあわせて協定内容を見直す必要があるため。

２　変更希望日 　令和７年△月△日

３　変更内容

|  |  |
| --- | --- |
| 変更前 | 変更後 |
| ・大分市〇〇町△△番地・発熱外来（流行初期期間）　20人・発熱外来（流行初期期間経過後）30人・サージカルマスク　１か月の使用量　100枚備蓄月数　2か月分　備蓄枚数　200枚　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 | ・大分市□□町◇◇番地・発熱外来（流行初期期間）　10人・発熱外来（流行初期期間経過後）20人・サージカルマスク　１か月の使用量　200枚備蓄月数　3か月分　備蓄枚数　600枚 |