医療措置協定解除申出書

令和　年　月　日

大分県知事　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解除を申し出ます。

記

１　解除の理由

２　解除希望日 　令和　年　月　日

協定指定医療機関辞退届出書

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

開設者住所

開設者法人名・職・氏名

担当者

所属・氏名

電話番号

e-mail

感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律第38条第10項の規定に基づき下記のとおり辞退を届け出ます。

記

１　種別（該当するものを記載）第二種協定指定医療機関

２　医療機関名・所在地

３　辞退日