様式２

令和　　年　　月　　日

診療・検査医療機関　変更届

島根県知事　　様

所　在　地

医療機関名

担当者氏名

電話番号

　診療・検査医療機関の指定に関する下記の事項を変更したので、届け出ます。

記

１ 指定を受けた医療機関名

２ 変更事項（該当するものに全てチェック）

□医療機関名　□所在地　□電話番号　□メールアドレス

□対象患者（自院患者、紹介患者、濃厚接触者の別）

□実施内容（診療方法・新型コロナウイルス検査方法）

□１週間単位の診療･検査対応時間

３ 変更後の内容

４　変更した日付

令和　　　　年　　　　月　　　　日