

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