

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	イ 医療機関の名称変更（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 診療科目の変更 ニ 管理者の変更 ホ 婚姻、養子縁組、法人の名称変更等による開設者の変更 ヘ 開設者の住所変更	
変 更 内 容	旧	
	新	
変 更 年 月 日	令和 年 月 日	

上記のとおり変更しましたのでお届けします。

令和 年 月 日

上記医療機関開設者 住 所

氏 名 印

電話番号

香川県知事 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. 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。