

(様式第2号)

令和 年 月 日

静岡県知事 様

医療機関名  
代表者名

発熱等診療医療機関指定内容変更届

令和 年 月 日付け 医疾/感新/感新推 第 号により、発熱等診療医療機関の指定を受けましたが、指定を受けた内容等を変更したいので、以下のとおり届け出ます。

1 指定を受けた医療機関名等

医療機関名：

医療機関住所：

2 変更日

令和 年 月 日

3 変更内容

変更事項	<input type="checkbox"/> 対象者 <input type="checkbox"/> 実施内容 <input type="checkbox"/> 静岡県ホームページでの公表の可否 <input type="checkbox"/> その他	(1) に記入
	<input type="checkbox"/> 曜日ごとの対応時間	(2) に記入

(1) 対象者、実施内容、県ホームページ公表の可否、その他

変更前	
変更後	

(2) 曜日ごとの対応時間

	月曜日		火曜日		水曜日		木曜日		金曜日		土曜日		日曜日		祝日	
	開始	終了	開始	終了	開始	終了	開始	終了	開始	終了	開始	終了	開始	終了	開始	終了
変更前																
変更後																

【問合せ先】

担当者氏名	
電話番号	