

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"/> 新型コロナウイルスにかかる検査の対応可否 <input type="checkbox"/> 診療・検査対応可能時間 <input type="checkbox"/> その他
変更前	
変更後	

【問合せ先】

担当者氏名	
電話番号	