

# 指定医療機関変更申請書

平成 年 月 日

保健所長 殿

申請者 住所  
(患者又は保護者) 氏名

印

感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律の公費負担に伴う指定医療機関を下記のとおり変更したいので、患者票を添えて申請します。

患者氏名	
公費負担の受給者番号	
承認期間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日
変更前の医療機関名	
変更後の医療機関名	所在地
	名称
	担当医師名 印
変更予定年月日	平成 年 月 日から
変更理由	(詳細に記入のこと)