〇届出方法：メールまたはＦＡＸで所属郡市医師会に提出してください。

記載例

診療・検査医療機関　変更届

診療・検査医療機関の指定の際に報告した事項に変更がありましたので、以下のとおり届け出ます。

令和３年４月１日

|  |  |
| --- | --- |
| 医療機関名 | 　●●会　●●医院 |
| 所在地 | 〒012-3456　●●市●●１丁目●●-●● |
| 変更事項（検査方法、留意事項の追加等） | ①　診療・検査時間、診療可能人数②　検査方法診療・検査時間の変更を行うことに伴い診療可能人数が変わる場合は、併せて変更をお願いします。 |
| 変更(予定)日 | 令和３年４月１日 |
| 変更前※ 変更部分に下線 | ①　診療・検査時間、診療可能人数月、木　11：00～12：00　　診療可能人数　３人変更部に下線をお願いします。②　検査方法抗原定量検査(唾液) |
| 変更後※ 変更部分に下線 | ①　診療・検査時間、診療可能人数月、金　11：00～14：00　　診療可能人数　９人土　　　11：00～12：00　　診療可能人数　３人検査方法は使用する検体まで記載をお願いします。②　検査方法PCR検査(唾液)PCR検査(唾液以外の検体(喀痰、鼻咽頭拭い液等))抗原定量検査(唾液)抗原定量検査(唾液以外の検体(喀痰、鼻咽頭拭い液等)) |

※　診療・検査医療機関の指定に係る届出事項（診療・検査医療機関リストに記載されている内容）を変更する場合は、本届の御提出をお願いいたします。

※　診療・検査医療機関の各種情報は関係機関と共有されることから、なるべく事前に（変更決定後速やかに）届出をお願いいたします。

〇届出方法：メールまたはＦＡＸで所属郡市医師会に提出してください。

診療・検査医療機関　変更届

診療・検査医療機関の指定の際に報告した事項に変更がありましたので、以下のとおり届け出ます。

令和　　年　　月　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 医療機関名 | 　 |
| 所在地 | 〒　　　-　　　　　 |
| 変更事項（検査方法、留意事項の追加等） | 　 |
| 変更(予定)日 | 令和　　年　　月　　日 |
| 変更前※ 変更部分に下線 | 　 |
| 変更後※ 変更部分に下線 | 　 |

※　診療・検査医療機関の指定に係る届出事項（診療・検査医療機関リストに記載されている内容）を変更する場合は、本届の御提出をお願いいたします。

※　診療・検査医療機関の各種情報は関係機関と共有されることから、なるべく事前に（変更決定後速やかに）届出をお願いいたします。