医　療　機　関　の　変　更　届

患者	住　所　札幌市		届出者との関係	
	氏　名	男女	患者票受給者NO.	
	生年月日　　年　　月　　日			
受けている医療の種類				
化学療法	INH,　RFP,　SM,　EB,　KM, TH,　EVM,　PZA,　PAS,　CS		その他	

現にうけている医療機関	新しく受けようとする医療機関
住所 名称	住所 名称

変更年月日	平成　　年　　月　　日
変更理由	

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施行規則第20条の3第5項の規定に基づき、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第37条の2第1項の医療を受けている医療機関の変更を届け出ます。

平成　　年　　月　　日

住　　所

届出者氏名

（あて先）札幌市保健所長

証　明　書

患者氏名

1医療機関　　平成　　年　　月　　日から

平成　　年　　月　　日まで

2該当医療の治療方法

3医療術式（胸部外科手術）

上記の医療をなしたることを証明する。

平成　　年　　月　　日

住　　所

名　　称

医師氏名　　㊞