（様式第７号）

年　　月　　日

大阪府知事　様

医療機関所在地

医療機関名

管理者名

大阪DPAT協力医療機関登録内容変更等申出書

　大阪DPAT設置運営要綱第５条第３項に基づき、以下のとおり申出します。

記

|  |  |
| --- | --- |
| １　申出種別 | * 登録内容変更 * 登録辞退 |
| ２　変更内容 | ※大阪DPAT活動職員名簿の変更については、更新された名簿（様式第６号）を添付してください。 |
| ３　辞退理由 |  |
| ４　特記事項 |  |