**引　継　確　認　書**

**（開設者交代による遡及申請時にご提出ください。）**

|  |  |
| --- | --- |
| 引継患者数 | 約〇〇名 |
| 新旧開設者の関係性 |  |
| 開設者交代に至った具体的な理由 |  |
| 引継ぎしたもの |  |
| 引継ぎの具体的な方法 |  |
| 開設者交代後も、既存患者が継続して通院できる診療体制が整っているか。 |  |

**上記のとおり引き継ぎを行うことで、**

**新しい開設者においても既存の患者様を引き続き診療していきます。**

**令和　　年　　月　　日**

**関東信越厚生局長　殿**

**旧　　開設者住所**

**開設者名**

**新　　開設者住所**

**開設者名**