**引　継　確　認　書**

**（開設者変更又は組織変更による新規指定の場合に記載）**

|  |  |
| --- | --- |
| 引継したもの |  |
| 引継患者数 |  |
| 引継方法 | 引継方法について、具体的に記載。 |
|  |

**上記のとおり引き継ぎいたしました。**

**令和　　年　　月　　日**

**関東信越厚生局長　様**

**旧 医療機関/薬局　名**

**開設者住所**

**開設者名**

**新 医療機関/薬局　名**

**開設者住所**

**開設者名**