

協定書(案)に同意いただける場合

同意書

医療機関名	
医療機関所在地	
開設者氏名 (法人の場合、法人の名称、 代表者の役職及び氏名を 記入ください)	
管理者氏名	

(同意の場合は✓を
入れてください)1 管理者は、別添の協定書により協定を締結することに同意します。

【病床の確保、発熱外来又は自宅療養者等への医療の提供の協定を締結する場合は、こちらにも✓を入れてください】

2 第1種・第2種協定指定医療機関指定基準に適合しています。

開設者は、第1種・第2種協定指定医療機関に指定されることに同意します。

<参考>

	第1種協定指定医療機関	第2種協定指定医療機関	
機関の種類	病院・診療所		
協定の内容	病床の確保	発熱外来	自宅療養者等への医療の提供
指定基準	○当該機関に所属する者に対して、最新の知見に基づき適切な感染の防止その他必要な措置の実施が可能であること。		
	○患者等がお互いに可能な限り接触することがなく、診察することができること等の院内感染対策を適切に実施しながら、必要な医療の提供が可能であること。		
	○新型インフルエンザ等感染症発生等公表期間に、知事からの要請を受けて、感染症患者を入院させ、必要な医療を提供する体制が整っていると認められること。	○新型インフルエンザ等感染症発生等公表期間に、知事からの要請を受けて、外来医療を提供する体制が整っていると認められること。	○新型インフルエンザ等感染症発生等公表期間に、知事からの要請を受けて、外出自粛対象者に対してオンライン診療等の医療を提供する体制が整っていると認められること。

※1, 2ともに「✓」を入れた場合のみ、協定締結かつ第1種・第2種協定指定医療機関の指定対象となります。

本紙を当課アドレス (kenzo10@mz.pref.chiba.lg.jp) まで返送ください。
御返送いただいた本紙を当課で受領の上、協定締結となります。
なお、協定書及び協定指定医療機関の指定通知書 (対象機関のみ) は、後日送付します。

【医療機関_(台帳番号)】

同意書

医療機関名	
医療機関所在地	
開設者氏名 (法人の場合、法人の名称、 代表者の役職及び氏名を 記入ください)	
管理者氏名	

(同意の場合は✓を
いれてください)1 管理者は、別添の協定書により協定を締結することに同意します。

【病床の確保の協定を締結する場合は、こちらも✓を入れてください】

2 第1種協定指定医療機関指定基準に適合しています。

開設者は、第1種協定指定医療機関に指定されることに同意します。

<参考>

	第1種協定指定医療機関	第2種協定指定医療機関	
機関の種類	病院・診療所		
協定の内容	病床の確保	発熱外来	自宅療養者等への医療の提供
指定基準	○当該機関に所属する者に対して、最新の知見に基づき適切な感染の防止その他必要な措置の実施が可能であること。		
	○患者等がお互いに可能な限り接触することがなく、診察することができること等の院内感染対策を適切に実施しながら、必要な医療の提供が可能であること。		
	○新型インフルエンザ等感染症発生等公表期間に、知事からの要請を受けて、感染症患者を入院させ、必要な医療を提供する体制が整っていると認められること。	○新型インフルエンザ等感染症発生等公表期間に、知事からの要請を受けて、外来医療を提供する体制が整っていると認められること。	○新型インフルエンザ等感染症発生等公表期間に、知事からの要請を受けて、外出自粛対象者に対してオンライン診療等の医療を提供する体制が整っていると認められること。

※1, 2ともに「✓」を入れた場合のみ、協定締結かつ第1種協定指定医療機関の指定対象となります。

本紙を当課アドレス (kenzo10@mz.pref.chiba.lg.jp) まで返送ください。

御返送いただいた本紙を当課で受領の上、協定締結となります。

なお、協定書及び協定指定医療機関の指定通知書(対象機関のみ)は、後日送付します。

【医療機関_(台帳番号)】

協定書(案)に同意いただける場合

同意書

医療機関名	
医療機関所在地	
開設者氏名 (法人の場合、法人の名称、 代表者の役職及び氏名を 記入ください)	
管理者氏名	

(同意の場合は✓を
いれてください)1 管理者は、別添の協定書により協定を締結することに同意します。

【発熱外来又は自宅療養者等への医療の提供の協定を締結する場合は、こちらにも✓を入れてください】

2 第2種協定指定医療機関指定基準に適合しています。
開設者は、第2種協定指定医療機関に指定されることに同意します。

<参考>

	第1種協定指定医療機関	第2種協定指定医療機関	
機関の種類	病院・診療所		
協定の内容	病床の確保	発熱外来	自宅療養者等への医療の提供
指定基準	○当該機関に所属する者に対して、最新の知見に基づき適切な感染の防止その他必要な措置の実施が可能であること。		
	○患者等がお互いに可能な限り接触することがなく、診察することができること等の院内感染対策を適切に実施しながら、必要な医療の提供が可能であること。		
	○新型インフルエンザ等感染症発生等公表期間に、知事からの要請を受けて、感染症患者を入院させ、必要な医療を提供する体制が整っていると認められること。	○新型インフルエンザ等感染症発生等公表期間に、知事からの要請を受けて、外来医療を提供する体制が整っていると認められること。	○新型インフルエンザ等感染症発生等公表期間に、知事からの要請を受けて、外出自粛対象者に対してオンライン診療等の医療を提供する体制が整っていると認められること。

※1, 2ともに「✓」を入れた場合のみ、協定締結かつ第2種協定指定医療機関の指定対象となります。

本紙を当課アドレス (kenzo10@mz.pref.chiba.lg.jp) まで返送ください。
御返送いただいた本紙を当課で受領の上、協定締結となります。
なお、協定書及び協定指定医療機関の指定通知書(対象機関のみ)は、後日送付します。

【医療機関_(台帳番号)】

協定書(案)に同意いただける場合

同意書

医療機関名	
医療機関所在地	
開設者氏名 <small>(法人の場合、法人の名称、 代表者の役職及び氏名を 記入ください)</small>	
管理者氏名	

(同意の場合は✓を
いれてください)

管理者は、別添の協定書により協定を締結することに同意します。

本紙を当課アドレス (kenzo10@mz.pref.chiba.lg.jp) まで返送ください。
御返送いただいた本紙を当課で受領の上、協定締結となります。
なお、協定書及び協定指定医療機関の指定通知書 (対象機関のみ) は、後日送付します。

【医療機関_(台帳番号)】