

別表（薬局用）

担当者	
電話番号	
アドレス	

※協定書の内容から**変更のある項目のみ、変更後の内容**を入力ください。
(対応不可に変更する場合、該当項目に「0」を入力ください。)

医療機関の基本情報

医療機関名	
所在地	
保険医療機関番号	
G-MIS ID	
開設者	
管理者	
連絡先	
メールアドレス	

第3条 医療措置の内容

	(単位：人/日)	流行初期期間経過後			
		オンライン服薬指導	訪問しての服薬指導	薬剤等の配送	健康観察
対応内容に変更がある場合、対応可能見込み数（〇人/日）を入力ください。	A 自宅療養者				
	B 宿泊療養者				
	C 高齢者施設				
	D 障害者施設				

第4条 個人防護具の備蓄

	(単位：か月又は枚)	平時	
		月数	枚数
対応内容に変更がある場合、月数（か月）又は枚数（枚）を入力ください。	サージカルマスク		
	N95マスク		
	アイソレーションガウン		
	フェイスシールド		
	非滅菌手袋		

乙欄 署名

開設者と連名での協定締結を希望する場合、開設者情報を入力ください。	開設者との連名を希望する	
	開設者住所	
	開設者名	
	(法人の場合)代表者の役職	
	(法人の場合)代表者氏名	

その他

--