確認書　兼　同意書

別添の医療措置協定案を確認しました。

案のとおり協定を締結することに異存ありません。

　令和　　年　　月　　日

医療機関名（開設法人名を含む）：

管理者　職・氏名：

連絡先　電話番号：

　　　　　　　　　　　　　　　　　　ファクシミリ番号：

　　　　　　　　　　　　　　　　　　メールアドレス：

　　　　　　　　　　　　　　　　　　担当者　職・名：

…………………………………………………………………………………………………………

（第一種・第二種協定指定医療機関の指定関係）

鳥取県知事　平井伸治　様

「感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律」（平成10年法律第114号）第36条の３の規定に基づき、当医療機関（病院・診療所・薬局・訪問看護事業所）の管理者と貴職との間で、別添案のとおり医療措置協定を締結した際には、同法第38条第２項の規定に基づき、当医療機関を（第一種及び第二種・第一種・第二種）協定指定医療機関として指定されることに同意します。

令和　　年　　月　　日

医療機関等

所在地

名　称

開設者（法人の場合は法人名及び代表者名）