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等の一部を改正する法律」（令和４年法律第96号）により令和６年４月１日に施行される「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）