

第二種協定指定医療機関の指定に係る同意書兼指定要件確認書

令和 年 月 日

香川県知事 池田 豊人 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 38 条第 2 項の規定に基づく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。

医療機関所在地	
医療機関名	
開設者所在地	※法人の場合は、当該法人の所在地
開設者名	※法人の場合は、当該法人名及び代表者の職・氏名

内容を確認し、□にチェックを記入（☑）してください。

以下の第二種協定指定医療機関（自宅療養者等への医療の提供）の指定要件を満たしている。

<p>第二種協定指定医療機関（自宅療養者等への医療の提供）の指定要件</p> <ul style="list-style-type: none">・当該医療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防止等の措置を実施することが可能であること。・新型インフルエンザ等感染症等発生等公表期間において、都道府県知事からの要請を受けて、発熱患者の医薬品対応（調剤・医薬品交付・服薬指導等）を行う体制（※2）が整っていると認められること。 <p>※1：患者の求めに応じて、訪問しての、又は情報通信機器を用いた服薬指導の実施が可能であること、薬剤の配送等の対応を行っていること</p>
