

同意書

施設名	
施設所在地	
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。
- 2 下記の第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。

	第2種協定指定医療機関
機関の種類	訪問看護事業所
協定の種類	自宅療養者等への医療の提供
指定基準	<p>○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。</p> <p>○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訪問看護を行う体制が整っていること。</p>

※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後、協定書を後日送付します。