第二種協定指定医療機関の指定基準に関する確認及び同意書

令和　年　　月　　日

開　設　者　名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　薬局名：

（法人名及び代表者氏名）

第二種協定指定医療機関については、厚生労働大臣の定める基準に適合する医療機関について、その開設者の同意を得て、都道府県知事が指定することとなっています。

（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第38条第2項）

つきましては、下記の指定要件を満たしているかについてご確認いただき、第二種協定指定医療機関に指定されることについて同意していただきますようお願いします。

※下記の指定要件を満たさない場合は、知事による指定の対象となりません。

※指定要件②は、医療措置協定締結により要件を満たしているものとします。

＜第二種協定指定医療機関の指定要件＞

　　外出自粛対象者への医療の提供を実施する薬局について（指定医療機関基準第４の３関係）

　　①当該薬局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。

　　②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、県知事からの要請を受けて、外出自粛対象者に対して医薬品等対応（調剤・医薬品等交付・服薬指導等）を行う体制が整っていると認められること。

|  |  |
| --- | --- |
| 第二種協定指定医療機関の指定要件を満たしています。  （満たしている場合は右に✓をいれてください。） |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 開設者は、第二種協定指定医療機関に指定されることに同意します。 |  |