

(別紙1-5)

第二種協定指定医療機関指定同意書

令和 年 月 日

佐賀県知事 山口 祥義 様

開設者の住所

(法人の場合は所在地)

開設者の氏名

(法人の場合は名称及び代表者)

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項の規定による第二種協定指定医療機関として下記のとおり指定されることに同意します。

なお、指定の上は、同法第38条第3項の規定及び同法第41条の規定による診療報酬により、同法の定めるところに従って、同法による医療を担当します。

記

薬局 (法人・個人)	所在地			
	名称 (法人・個人)			
	対応の内容	自宅療養者	宿泊療養者	高齢者施設等
	服薬指導が可能			
	薬剤等の配送が可能			

※「開設者の住所」及び「医療機関の所在地」は正式な地番により「丁目」「番」「号」の表示まで記入すること。

※自宅療養者等の枠は、服薬指導、薬剤等の配送が可能の場合に、○を記入すること。