確認書（兼同意書）

　別添のとおり協定を締結することに異存はありません。

令和　　年　　月　　日

医療機関名

　　　　　　　　　　　　　　**管理者　職・氏名**

　　　　　　　　　　　　　　担当者　職・氏名

　　　　　　　　　　　　　　電話番号

　※協定書の紙媒体での交付を希望する場合は別途、県担当あてお知らせください。

………………………………………………………………………………………………

（第二種協定指定医療機関の指定関係）

青森県知事　宮下　宗一郎　殿

「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、当院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、当院が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

所在地

名　称

**開設者（法人の場合は法人名及び代表者職・氏名）**