　令和　　年　　月　　日

　　　　　　保健所長　様

医療機関名

代表者名 　　　　　　　　 　　　 　印

担当部署･担当者

電話番号

ＦＡＸ

メールアドレス

新型インフルエンザ等診療体制承諾書（入院診療用）

　新型インフルエンザ等発生時における協力医療機関として、下記の内容を承諾します。

記

１．新型コロナウイルス感染症患者の入院診療

２．入院診療タイプ（１・２・３）　協力病床数（　　　床）

３．ハイリスク者の受入（小児・妊婦・透析患者）

４．特定接種の登録（登録済・未登録）

※該当するものに○をつけてください。

※入院診療タイプが1～３の場合は協力病床数に数字を記入してください。

※「ハイリスク者のみを診療する、元々当院に通院又は入院していた患者のみを診療する」というような場合は、タイプ３に○をつけ、その旨を下記に記入してください。

特記事項

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |