

同 意 書

薬局名	
薬局所在地	
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	薬局
協定の種類	自宅療養者等への医療の提供
指定基準	○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。 ○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医薬品等対応を行う体制が整っていると認め られること。

※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。