

## 協 議 書

再協議を要する場合

施設名称	
施設所在地	
担当者氏名	
連絡先電話番号	

※協定書（案）から変更のある項目のみ、**変更後の内容**を入力ください。

（対応不可に変更する場合、該当項目に「0」又は「×」を入力ください。）

## 第3条 医療措置の内容

	(単位：人/日)	流行初期期間経過後			
		オンライン 服薬指導	訪問しての 服薬指導	薬剤等の配送	健康観察
対応内容に変更がある場合、対応可能見込み数（○人/日）を入力ください。	A 自宅療養者				
	B 宿泊療養者				
	C 高齢者施設				
	D 障害者施設				

## 第4条 個人防護具の備蓄

	(単位：か月 又は 枚)	平時	
		月数	枚数
対応内容に変更がある場合、月数（か月）又は枚数（枚）を入力ください。	サージカルマスク		
	N95マスク		
	アイソレーションガウン		
	フェイスシールド		
	非滅菌手袋		

## 乙欄 署名

記載内容に変更がある場合、変更後の内容を入力ください。	医療機関住所	
	医療機関名	
	管理者	
	保険医療機関番号	
	G-MIS ID	
開設者と連名での協定締結を希望する場合、開設者情報を入力ください。	開設者住所	
	開設者名	
	(法人の場合)代表者の役職	
	(法人の場合)代表者氏名	

上記の他に、協定書の内容について協議したい事項がある場合、記入ください。

（\*基本的に、上記以外の協定書の条文等は変更ができません。）

本紙を当課アドレス（kenzo10@mz.pref.chiba.lg.jp）まで返送ください。  
本紙の内容を踏まえた協議書（案）を作成の上、後日、メール等にて再協議の御連絡をいたします。