登　録　申　請　書

　　年　　月　　日

大分県知事　広瀬　勝貞　殿

施設設置者

代表者氏名

所　在　地

連　絡　先

　新型コロナウイルス感染症患者の自宅療養者健康サポート委託事業の協力医療機関として、

下記のとおり登録を申請します

記

　１　医療機関名称

|  |
| --- |
|  |

　２　受託患者等上限数

受託可能な世帯数及び患者数の上限を記入ください。

|  |  |
| --- | --- |
| 世　帯　数 | 世　帯 |
| 患　者　数 | 　　　　　　　　　　　　人 |

　　　　※かかりつけ患者のみ可能な場合は、チェックしてください。

　　　　　□　かかりつけ患者のみ可能

　３　小児の健康サポート受諾の可否

|  |  |
| --- | --- |
| 可 |  |
| 不　可 |  |

　　　　※小児の健康サポートは、診療・処方を含みます。

　４　担当者氏名、E-mailアドレス

|  |  |
| --- | --- |
| 担当者氏名 |  |
| E-mailアドレス |  |