

# 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	