

送付先：京都府医師会 あて

Mail：pcr@kyoto.med.or.jp

FAX：075-354-6097

委任状

京都府京都市中京区西ノ京東柵尾町6

一般社団法人 京都府医師会

会長 松井道宣

私は、上記のものを代理人と定め、下記の権限を委任します。

記

- ・委任事項：感染症法に基づく医療措置協定の締結（集合契約）に関する権限

令和6年 月 日

【委任者】

医療機関コード：

医療機関名：

管理者名：

<確認欄> ※ご確認のうえ、2箇所ともチェックしてください。

<input type="checkbox"/>	感染症法第36条の3第1項に基づく医療措置協定（以下「医療措置協定」という。）において、京都府と協定締結予定の医療措置については、下記の指定基準をすべて満たしている。
<input type="checkbox"/>	京都府より、第一種又は第二種協定指定医療機関に指定されることについて、開設者の同意を得ている。

【指定基準】

- 発熱外来に係る医療措置協定を締結予定の医療機関（第二種協定指定医療機関）
 - 当該医療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防止等の措置を実施することが可能であること。
 - 受診する者同士が可能な限り接触することがなく、診察することができること等の院内感染対策を適切に実施しながら、外来医療を提供することが可能であること。
 - 新型インフルエンザ等感染症等発生等公表期間において、知事からの要請を受けて、外来医療を提供する体制が整っていると認められること。
- 自宅療養者等への医療の提供に係る医療措置協定を締結予定の医療機関（第二種協定指定医療機関）
 - 当該医療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防止等の措置を実施することが可能であること。
 - 新型インフルエンザ等感染症等発生等公表期間において、知事からの要請を受けて、外出自粛対象者に対してオンライン診療の医療を提供する体制が整っていると認められること。