第１号様式

令和　　年　　月　　日

新型コロナウイルス感染症神奈川県対策本部長　殿

所在地

名　称

管理者

神奈川モデル医療機関認定同意書

令和　　年　　月　　日付け　　第　　号で依頼がありました、神奈川モデル医療機関の認定について同意します。

|  |  |
| --- | --- |
| 区　分 | 高度医療機関　　重点医療機関　　重点医療機関協力病院 |
| 備　考 |  |

※区分は、該当するものに〇印をつけてください

※区分が重複する場合は、複数〇印をつけてください

※重点医療機関協力病院については、担うことができる役割の番号（要綱第４条第２項の①～⑤）を備考に記載ください

事務担当