確　認　書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

　愛 知 県 知 事 殿

住所

　　　　　　　　　　　　　　指定医療機関名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（医療機関コード：　　　　　　　　　　　　　　　　）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　開設者名

　　　　　　　　　　　　　　　（医療機関連絡先：　　　　　　　　　　　　）

　本　診療所　・　薬局　は、児童福祉法第１９条の１０第２項の規定に該当します。

また、同法第１９条の９第２項に該当しないことを誓約します。

＜注意事項＞

　この書類は以下の診療所・薬局のみが提出する書類です。

１　診療所の場合：以下の２点を満たす診療所

　　　①保険医である医師若しくは歯科医師の開設する診療所である保険医療機関。

　　　②指定を受けた日からおおむね引き続き当該開設者である保険医及びその者と同一の世帯に属する配偶者、直系血族若しくは兄弟姉妹である保険医のみが診療に従事しているもの。

　２　薬局の場合：以下の２点を満たす薬局

　　　①保険薬剤師である薬剤師の開設する保険薬局。

②指定を受けた日からおおむね引き続き当該開設者である保険薬剤師及びその者と同一の世帯に属する配偶者、直系血族若しくは兄弟姉妹である保険薬剤師のみが調剤に従事しているもの。

※　病院、法人化している診療所、会社が経営している薬局、訪問看護ステーションは該当しません。

|  |
| --- |
| 連絡先電話番号： |
| メールアドレス： |
| （確認書の内容確認や更新申請の案内等について、連絡させていただきます。） |