

## 確認書

当院は、診療・検査医療機関による健康観察等支援事業協力金の交付申請に当たり、下記の内容について、確認し承諾します。

### 記

○当院は、診療・検査医療機関による健康観察等支援事業実施要綱及び診療・検査医療機関による健康観察等支援事業協力金交付要綱、診療・検査医療機関による健康観察等支援事業事務取扱要領（以下「要綱・要領」という。）に規定される要件を満たしています。申請に当たって虚偽が判明した場合は、支給された協力金全額の返還等に応じます。

○要綱・要領に記載された内容を遵守した上で、指定日以降、本事業に協力します。

○本事業実施に当たっては、都内の各保健所と密接に連携して遂行します。また、各保健所から自宅療養者に対する健康観察の依頼等があった場合には、可能な限り対応いたします。

○東京都へ提出した資料に記載された事項について、事実と相違ありません。また、記載事項を東京都が保健所へ情報提供することに同意します。

○東京都から報告・追加資料の提出・是正のための措置の求めがあった場合は、これに応じます。

○当院は本事業への参加にて知り得た個人情報を事業以外の目的のために自ら利用したり、又は第三者に提供したりすることは致しません。これは、業務を行わなくなった後においても、同様です。

以上

令和 年 月 日

東京都福祉保健局健康危機管理担当局長 殿

所在地 \_\_\_\_\_

医療機関名 \_\_\_\_\_

代表者職・氏名 \_\_\_\_\_

印