

記入要領（2枚目のみ）

- ・ 契約書1枚目は、記入していただく箇所はありません。
- ・ 契約書2枚目は、赤字の注を参考に、**緑で塗りつぶした5箇所を御記入**ください。
- ・ **A 4両面印刷で2通**作成し、押印後、2通とも疾病対策課宛て郵送してください。

この契約の確実を証するため本書2通を作成し、甲、乙、記名押印の上、各々1通を所持するものとする。

令和3年4月10日

保険適用によるPCR等検査を開始する予定日を御記入ください。

埼玉県さいたま市浦和区高砂三丁目15番1号

甲 埼玉県

埼玉県知事 大野 元裕

(住所) 埼玉県××市△△丁目○○番

乙 (医療法人名) 医療法人■●会

(開設者役職・氏名) 理事長 埼玉 太郎

印

《PCR等検査実施医療機関》

□□クリニック

＜医療法人等に属している場合＞

医療機関の開設者（医療法人）との契約となりますので、医療機関名は記載しないでください。

＜医療法人等に属していない場合＞

医療法人名ではなく医療機関名を御記入ください。また、開設者役職は、医療機関の長（院長等の名称）を御記入ください。

検査を実施する医療機関を御記入ください。