誓　約　書

別紙第１号様式のとおり東京ユースヘルスケア推進事業（プレコンセプションケアに係る取組）に係る検査費等助成事業実施要綱第３の規定による医療機関の登録を申請するにあたり、下記事項を遵守することを誓約します。

記

１．都が定める医療施設の要件を満たし、安全・安心な医療の提供に係る責務を果たす必要について十分に理解します。

２．都が必要に応じて実施する現地調査に協力します。

３．東京ユースヘルスケア推進事業（プレコンセプションケアに係る取組）に係る検査費等助成事業実施要綱及び東京ユースヘルスケア推進事業（プレコンセプションケアに係る取組）に係る検査費等助成事業助成金交付要綱の規定を遵守し、本事業が円滑に実施されるよう、都に協力します。

４．対象者に対して、実施する検査の説明を行い、検査を実施することの同意を得た上で検査を行います。

５．都が作成するマニュアルを踏まえ、対象者の意向に寄り添う形で助言・相談を行います。

６．申請内容に変更が生じた場合、速やかに都に届け出ます。

医療機関名　　都庁クリニック

医療機関の代表者と、医療法上の管理者が同一の場合でも、代表者欄と管理者欄ともに記入・押印してください。

代　表　者　　都庁　太郎　　　　　　印

管　理　者　　都庁　次郎　　　　　　印

電　　　話　　０３（５３２０）１１１１

年　　月　　日

東京都知事　殿