

地域連携診療計画に基づく登録申請書

地域連携診療計画名	脳卒中_地域連携クリティカルパス
-----------	------------------

連携医療機関名	
所在地	
連絡先等	Tel _____ Fax _____ E-mail _____
開設者名	
担当医氏名	
ホームページへのリンク	可 ・ 不可
計画管理病院	日本医科大学千葉北総病院

[確認事項]

1. 施設基準に係る届け出については、登録申請書の提出に基づき計画管理病院が実施いたします。(施設基準要項)
2. 地域連携診療計画に関する情報交換のための会合を計画管理病院にて年3回程度開催いたします。(施設基準要項)
3. 患者さま及び地域住民向けとして、地域連携診療計画に基づく医療連携提供体制については、連携医療機関名等を含めて計画管理病院のホームページ上にて公表いたします。
(連携医療機関のホームページへのリンクも行います)

連絡先 ; 医療連携室

TEL : 0476 - 99 - 1810
FAX : 0476 - 99 - 1991