

見本

※黄色箇所を記載

医療連携に関する確認書

(アブレーション実施施設名) (以下「甲」という。)

(外科連携施設名) (以下「乙」という。)

は、経皮的カテーテル心筋冷凍焼灼術に関する医療連携について下記のとおり確認する。

(連携医療機関)

第一条 乙を、甲の連携医療機関と定め、病状の急変が生じ緊急心臓血管手術が必要になった場合には、甲が乙に連絡をとり、これに対して乙は迅速に適切な対応をとるものとする。

二 乙は本確認書の締結後に責任者の変更が生じた場合は、その都度甲に通知する。

(期間)

第二条 この確認書の有効期間は、●●年●●月●●日から●●年●●月●●日までとする。

二 前項の期間が満了する1か月前までに、甲又は乙が別段の意思表示をしなかったときは、1年間延長されるものとし、以後も同様とする。

(疑義等の決定)

第三条 この協定について疑義が生じたとき又はこの協定に定めのない事項については、甲乙協議の上、決定する。

この協定した証として、本書面を2通作成し、甲乙記名押印の上、各自1通を所持する。

●●年●●月●●日

甲 住 所 ●●●●●●

施設名 ●●●●●●

責任者名 ●●●●●●

押印

乙 住 所 ●●●●●●

施設名 ●●●●●●

責任者名 ●●●●●●

押印

以上

医療連携に関する確認書

_____(以下「甲」という。)と
_____(以下「乙」という。)
は、経皮的カテーテル心筋冷凍焼灼術に関する医療連携について下記のとおり確認する。

(連携医療機関)

- 第一条 乙を、甲の連携医療機関と定め、病状の急変が生じ緊急心臓血管手術が必要になった場合には、甲が乙に連絡をとり、これに対して乙は迅速に適切な対応をとるものとする。
- 二 乙は本確認書の締結後に責任者の変更が生じた場合は、その都度甲に通知する。

(期間)

- 第二条 この確認書の有効期間は、____年 ____月 ____日から ____年 ____月 ____日までとする。
- 二 前項の期間が満了する1か月前までに、甲又は乙が別段の意思表示をしなかったときは、1年間延長されるものとし、以後も同様とする。

(疑義等の決定)

- 第三条 この協定について疑義が生じたとき又はこの協定に定めのない事項については、甲乙協議の上、決定する。

この協定した証として、本書面を2通作成し、甲乙記名押印の上、各自1通を所持する。

____年 ____月 ____日

甲 住 所
 施設名
 責任者名

乙 住 所
 施設名
 責任者名

以上