

こちらは見本となりますので、回答は下記 URL からご入力をお願いします。
<https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSfcFzbV2yT6P5ppgZ7-ezls-8a4enHj6QBMMI4SW8swaZ3sRw/viewform?usp=sharing>

地域医療連携登録機関制度 相談申込

記入日 年 月 日

山梨大学医学部附属病院の地域医療連携登録機関制度に関して相談を希望します。

施設名	
連絡先（電話）	
連絡先（Eメール）	
窓口担当者	

相談したい内容

（例：逆紹介・転院において、積極的に受け入れを希望する患者さんの状態や疾患、具体的な当院とのやりとりに係ること、当院への要望、下り搬送の受け入れ、地域連携クリティカルパス・クリニカルパスの運用、地域医療・介護連携に係る診療報酬・介護報酬関連の算定に関すること等）

地域医療連携登録機関制度に関して相談したい事

（例：当院で開催する医療安全研修、感染管理研修などへの参加等）