

## 施設基準届出状況連絡票

1. 貴医療機関名お教え下さい。

医療機関名	
-------	--

2. 貴医療機関の届出状況をお教え下さい。

1) 届出日、届出担当者、届出担当者連絡先をお教え下さい。

届出日	平成          年          月          日
届出担当者	
届出担当者連絡先	—                      —

2) 該当する届出状況に○をつけてください。

<input type="checkbox"/>	未届出
<input type="checkbox"/>	届出済：地域連携診療計画管理料
<input type="checkbox"/>	届出済：地域連携診療計画管理料 + 地域連携診療計画退院時指導料 I
<input type="checkbox"/>	届出済：地域連携診療計画退院時指導料 I
<input type="checkbox"/>	届出済：地域連携診療計画退院時指導料 II

《事務局担当》

石川脳卒中地域連携推進協議会加賀支部  
加賀脳卒中地域連携協議会 事務局  
金沢脳神経外科病院 地域医療連携課

電話 076-246-7109 FAX 076-246-3914