連携に関する承諾書

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 連携内容 | 検査体制 | * 磁気共鳴画像装置[ＭＲＩ]
* 脳血流シンチグラフィ[ＳＰＥＣＴ]
 |
| 入院体制 | * 身体合併症に対する急性期入院治療
* 認知症の行動・心理症状に対する急性期入院治療
 |
| 連携病院の概要 | 病院名 |  |
| 所在地 |  |
| 開設者 |  |
| 病院管理者名 |  |
| 診療科目 |  |
| 許可病床数 | （総　　　　　数）　　　　　　床（うち精神科病床）　　　　　　床 |
| 連携病院との位置関係地図を貼付け（別添可）、下記を明記してください。・距離（ｋｍ）・所要時間 | 　 |

認知症疾患医療センター運営事業に関し、上記のとおり連携して実施します。

申　請　病　院 　　　病院所在地

病院名

開設者名

連　携　病　院 病院所在地

病院名

開設者名