**診療所開設後の「地域医療への協力に関する意向」について（報告）**

 　令和　　年　　月　　日

大阪府知事　　様

|  |
| --- |
| １　標榜する診療科目を下記に記載ください。 |
| 　　　 |
| ２　診療所開設後の地域医療へのご協力について（選択肢のいずれかに「○」を記載ください。） |
| 1. 在宅医療（訪問診療・往診等）に関して協力の意向はありますか。

　　（　）条件が合えば協力しても良い　　（　）現在、協力する意向はない（　）該当する診療科ではないと思う1. 市町村設置等の休日夜間急患センターへの出務について協力の意向はありますか。

　　（　）条件が合えば協力しても良い　　（　）現在、協力する意向はない（　）該当する診療科ではないと思う1. 公衆衛生等への協力について実施される意向はありますか。

　　【産業医】　　（　）条件が合えば協力しても良い　　（　）現在、協力する意向はない（　）該当する診療科ではないと思う　　【学校医】　　（　）条件が合えば協力しても良い　　（　）現在、協力する意向はない（　）該当する診療科ではないと思う　　【予防接種】　　（　）条件が合えば協力しても良い　　（　）現在、協力する意向はない（　）該当する診療科ではないと思う1. その他、上記以外に地域医療へのご協力の意向はありますか。

ご意見があれば（　　）にご記入ください。（　）はい（例：特定健診など　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）（　）現在、協力する意向はない（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| ３　地域医療へのご協力の意向がある場合、①～④の関係機関から連絡してもよろしい　　ですか。（　）はい　　　　（　）いいえ |

診療所開設後の地域医療への協力にかかる事項について、下記のとおり報告いたします。

医療機関の住所

医療機関の名称

医療機関電話番号　 －　 －