

岡山県脳卒中医療連携体制を担う医療機関届

年 月 日

岡山県知事 殿

名 称
代表者氏名 印
所 在 地
電 話 番 号
記載者氏名

脳卒中医療連携体制を担う医療機関として、次の要件を満たすので、以下の書類とともに届け出ます。

受理された後、届出の内容を、ホームページ上に掲載することを承諾します。

また、脳卒中患者の受け入れ状況等については、適宜報告します。

記

1 医療機能（該当する機能に○をしてください）

急性期 （ A ・ B ・ C ）

回復期

維持期（療養病床を有する施設等）

維持期（在宅医療）

2 添付書類

医療機能調査票 1（別紙様式 1）

医療機能調査票 2（別紙様式 2）