

令和 年 月 日

小倉記念病院
院長 永田 泉 様

医療機関名

感染対策関連加算の取得に係る連携依頼
下記のとおり感染対策関連加算の取得に関して、貴院との連携を希望します。

記

施設基準の 取得状況 ※取得予定も含む		<div><input type="checkbox"/> 感染対策向上加算 1</div> <div><input type="checkbox"/> 感染対策向上加算 2</div> <div><input type="checkbox"/> 感染対策向上加算 3</div> <div><input type="checkbox"/> 外来感染対策向上加算 (北九州市医師会と連携する場合は、記載する必要はありません)</div> <div><input type="checkbox"/> 連携強化加算</div> <div>※取得予定の場合は、算定予定の時期を以下に記入してください。 算定・予定年月：令和 年 月</div>
機関 情報	医療機関 名称	
	代表者名	
	所在住所	
	電話番号	
担当者 情報	担当者名	
	所属・役職	
	電話番号	※直通がある場合は直通の番号を記入してください。
	E-maii	

以 上