令和 　年　 月 　日

小倉記念病院

院 長　腰地　孝昭　様

医療機関名

外来感染対策向上加算の取得に係る連携依頼

下記のとおり外来感染対策向上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 | | 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、チエックする必要はありません）  　連携強化加算  ※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 |
| 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