

こころの連携指導料（Ⅰ）の施設基準に係る届出書添付書類

1 当該指導を共同で行う保険医療機関

・ 名称 ・ 開設者名 ・ 所在地 ・ 連携方法（該当全てに○）	文書・電話・電子メール・カンファレンス・（他： ）
・ 名称 ・ 開設者名 ・ 所在地 ・ 連携方法（該当全てに○）	文書・電話・電子メール・カンファレンス・（他： ）
・ 名称 ・ 開設者名 ・ 所在地 ・ 連携方法（該当全てに○）	文書・電話・電子メール・カンファレンス・（他： ）
・ 名称 ・ 開設者名 ・ 所在地 ・ 連携方法（該当全てに○）	文書・電話・電子メール・カンファレンス・（他： ）
・ 名称 ・ 開設者名 ・ 所在地 ・ 連携方法（該当全てに○）	文書・電話・電子メール・カンファレンス・（他： ）

2 当該指導を担当する医師

氏名	自殺等に関する適切な研修の受講		
	受講年月日	講習会名	当該講習の主催者