

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

<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 名称</li> <li>・ 開設者名</li> <li>・ 所在地</li> <li>・ 連携方法（該当全てに○）</li> </ul>	文書・電話・電子メール・カンファレンス・（他： ）
<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 名称</li> <li>・ 開設者名</li> <li>・ 所在地</li> <li>・ 連携方法（該当全てに○）</li> </ul>	文書・電話・電子メール・カンファレンス・（他： ）
<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 名称</li> <li>・ 開設者名</li> <li>・ 所在地</li> <li>・ 連携方法（該当全てに○）</li> </ul>	文書・電話・電子メール・カンファレンス・（他： ）
<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 名称</li> <li>・ 開設者名</li> <li>・ 所在地</li> <li>・ 連携方法（該当全てに○）</li> </ul>	文書・電話・電子メール・カンファレンス・（他： ）
<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 名称</li> <li>・ 開設者名</li> <li>・ 所在地</li> <li>・ 連携方法（該当全てに○）</li> </ul>	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