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

	PITTER TO THE STATE OF THE STAT	
・名称 ・開設者名 ・所在地 ・連携方法 (該当全でにO)	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 (該当全てに〇)	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O)	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O)	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O)	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