年　　月　　日

　　　　　病院（診療所）

　管理者　　　　　　　　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　 医療機関名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　管理者　　　　　　　　　印

鹿児島県高次脳機能障害者支援協力病院に係る連携体制承諾書

　鹿児島県高次脳機能障害者支援協力病院指定要領第３の第６項の規定により，下記のとおり　　　　　　病院（診療所）と連携体制を取ることを承諾します。

記

　１　検査体制に関する連携

⑴　連携の項目

　□　コンピューター断層撮影装置（ＣＴ）

　　　□　磁気共鳴画像装置（ＭＲＩ）

　　　□　脳血流シンチグラフィ（ＳＰＥＣＴ）

⑵　連携に関する確認事項