

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		<input type="checkbox"/> 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、チェックする必要はありません) <input type="checkbox"/> 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-mai	

以 上