平成　　　年　　　月　　　日

おきなわ脳卒中地域連携パス参加登録申請書

　おきなわ脳卒中地域連携委員会　御中

施設名：

代表者：

　おきなわ脳卒中地域連携パスに連携協力機関として参加したいので、下記のとおり申請いたします。

記

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ステージ  （該当欄に○をご記入下さい） | | | 施設名 | 施設連絡先等 |
| 急性期 | 回復期 | 維持期 |
|  |  |  |  | 住所  TEL  FAX  URL |
| 施設種別※  （施設種別より該当する番号をご記入下さい） | | |
|  |  |  |

※施設種別：①病院（200床以上）　②病院（200床未満）③有床診療所　④無床診療所

⑤その他（具体的にご記入下さい）

＜参考＞

１．上記内容につきましては、沖縄県医師会のホームページに掲載します。

２．地域連携診療計画管理料、地域連携診療計画退院時指導料(Ⅰ)、地域連携診

療計画退院時指導料(Ⅱ)の算定のベースとなる施設基準の届出は、本申請書と

は別に行う必要があります（この手続きをもって診療報酬を算定することは

できません）。

＜提出先＞

沖縄県医師会業務第２課：徳村、平良

〒901-1105　南風原町字新川218-9

TEL：098-888-0087／FAX：098-888-0089

E-mail：g2@okinawa.med.or.jp