

脳卒中医療連携体制を担う医療機関辞退届

年 月 日

鹿児島保健医療圏地域保健医療協議会
鹿児島市部会長 殿

所在地
医療機関名
代表者名
電話番号
(記入者氏名)

脳卒中医療連携を担う医療機関を辞退したいので、下記のとおり届け出ます。

記

1 辞退する医療機能（辞退する施設区分に「×」印をつけてください）

	施設区分	内 容
	初期対応施設	急性期施設基準に該当しないが、急性期脳卒中の診療が可能な施設
	急性期施設	地域の救急医療の機能を有する医療機関
	回復期施設	回復期リハビリの機能を有する医療機関
	維持期入院施設	生活リハを含めた療養医療を提供する機能を有する医療機関
	維持期（在宅療養支援）	在宅医療を提供する機能を有する医療機関

2 辞退理由

()