

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

ふりがな
医療機関名

電話番号

(記入者氏名)

急性心筋梗塞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（該当する機能に○印）

○印	施設区分	内 容
	初期対応施設	かかりつけ医、救急告示病院、当番医
	急性期施設	救命救急センターを有する医療施設、心臓病専用病室(CCU等)を有する医療施設
	回復期施設	内科またはリハビリテーション科を有する病院または診療所
	維持期施設 (かかりつけ医)	かかりつけ医、在宅療養支援診療所、病院、診療所

2 辞退理由