

急性心筋梗塞等の心血管疾患に係る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)

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（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	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

()