

年 月 日

病院（診療所）
管理者 様

所在地
医療機関名
管理者 印

鹿児島県高次脳機能障害者支援協力病院に係る連携体制承諾書

鹿児島県高次脳機能障害者支援協力病院指定要領第3の第6項の規定により、下記のとおり 病院（診療所）と連携体制を取ることを承諾します。

記

1 検査体制に関する連携

(1) 連携の項目

- コンピューター断層撮影装置（C T）
- 磁気共鳴画像装置（M R I）
- 脳血流シンチグラフィ（S P E C T）

(2) 連携に関する確認事項