**岡山県急性心筋梗塞等の医療連携体制を担う医療機関届**

　　年　　月　　日

　　殿

医療機関名

代表者氏名

所　在　地

記載者氏名

　岡山県急性心筋梗塞等の医療連携体制を担う医療機関として、次の要件を満たすので、添付書類とともに届け出ます。

 受理された後、届出の内容を、ホームページ上に掲載されることを承諾します。積極的に医療連携に取り組み、数値等把握するための調査項目については、毎年、前年実績を報告します。

記

 １　医療機能　(該当するものに✓をして下さい）

　　□急性期

　　 □　回復期　　　　　複数選択可

　　 □　再発予防

　　 □　かかりつけ 　← 上のいずれにも該当しない場合のみ選択可

２　添付書類（かかりつけの届出は（１）の添付不要）

（１）医療機能調査票（別紙様式１①～③）

（２）安心ハート手帳利用届出票（別紙様式２）