

こころの連携指導料（I）の施設基準に係る届出書添付書類

1 当該指導を共同で行う保険医療機関

| | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> ・ 名称 ・ 開設者名 ・ 所在地 ・ 連携方法（該当全てに○） | 文書・電話・電子メール・カンファレンス・（他： ） |
| <ul style="list-style-type: none"> ・ 名称 ・ 開設者名 ・ 所在地 ・ 連携方法（該当全てに○） | 文書・電話・電子メール・カンファレンス・（他： ） |
| <ul style="list-style-type: none"> ・ 名称 ・ 開設者名 ・ 所在地 ・ 連携方法（該当全てに○） | 文書・電話・電子メール・カンファレンス・（他： ） |
| <ul style="list-style-type: none"> ・ 名称 ・ 開設者名 ・ 所在地 ・ 連携方法（該当全てに○） | 文書・電話・電子メール・カンファレンス・（他： ） |
| <ul style="list-style-type: none"> ・ 名称 ・ 開設者名 ・ 所在地 ・ 連携方法（該当全てに○） | 文書・電話・電子メール・カンファレンス・（他： ） |

2 当該指導を担当する医師

| 氏名 | 自殺等に関する適切な研修の受講 | | |
|----|-----------------|------|----------|
| | 受講年月日 | 講習会名 | 当該講習の主催者 |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |