**認知症疾患医療センター運営事業に係る連携体制承諾書**

令和　　年　　月　　日

（応募申請医療機関）

　病院開設者

　代表者職氏名　　　　　　　　　　　　　様

所　　在　　地

医療機関開設者

代表者職・氏名　　　　　　　　　　　　　　　㊞

広島県認知症疾患医療センター運営事業の実施に関し，次のとおり貴院と連携体制を取ることを承諾します。

（具体的な連携項目は次のとおり）※該当項目にチェックを入れてください。

１　連携項目

□ 検査体制に関する連携

（１）連携の項目

□　磁気共鳴画像装置（MRI）

□　脳血流シンチグラフィ（SPECT）

□　その他（　　　　　　　　　　　）

（２）連携に関する確認事項

□ 入院病床に関する連携

（１）連携の項目

□　認知症疾患の周辺症状に対する入院医療等

□　身体合併症に対する入院医療等

（２）連携に関する確認事項

２ 応募医療機関との位置関係

別添地図のとおり（位置関係が分かる地図を添付してください。）

　※　医療機関の概要が分かる資料（パンフレット等）を添付してください。