**確認書**

実施施設　　　　　　　　　　　及び　連携施設　　　　　　　　　　　は、

下記条項を確認致しました。

・連携施設は実施施設の近隣であること

・心臓血管外科専門医　（名前）　　　　　　　（専門医登録番号　　　　　　　）　が、治療適応を検討し、緊急外科処置に対応すること

・上記心臓血管外科専門医に変更があった場合には、速やかに実施施設及び管理委員会に報告すること

以上

　　年　　月　　日　　　実施施設 施設長　　　　　　　　　　　　　公印

　　年　　月　　日　　　連携施設 施設長　　　　　　　　　　　　　公印