

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