

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) _____ (専門医認定番号 _____)
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