

経皮的冠動脈形成術（特殊カテーテルによるもの）の
施設基準に係る届出書添付書類
（保険医療機関連携証明書）

申請日： 年 月 日

施設名：

施設長氏名：



※自署または捺印が必要です。（シャチハタ不可）

経皮的冠動脈形成術（特殊カテーテルによるもの）施設基準申請において、緊急手術が実施可能な体制として、以下の施設と連携いたします。

<連携先施設>

連携する施設名称：

連携する施設長氏名：



※自署または捺印が必要です。（シャチハタ不可）

心臓血管外科責任医師氏名：



※自署または捺印が必要です。（シャチハタ不可）