**外来医療機能分担確認書**

　年　　月　　日

滋賀県知事　殿

開設者　住所（法人の場合は、主たる事務所の所在地）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名（法人の場合は、名称及び代表者の職・氏名）

　私が、外来医師多数区域である大津圏域で新たに開業するにあたり、滋賀県外来医療計画に基づく地域で不足している医療機能を担うことに対する考え方は、以下のとおりです。

**１　地域で不足している医療機能を担うことについて**

**□　合意する（→問２へ）　　　□　合意しない（→問３へ）**

**２　担うことができる外来医療について（※担う医療機能に☑をつけてください）**

**□　初期救急（夜間診療・休日診療）**

**□　在宅医療（往診・訪問診療）**

**□　産業医、学校医、予防接種等**

**３　合意しない理由について**

|  |
| --- |
|  |

※この申し出については、圏域の医療関係者等で構成された協議の場（地域医療構想調整会議）で確認されます。

●開設する医療機関の情報等を記入してください。

|  |  |
| --- | --- |
| 名称 |  |
| 開設の場所 |  |
| 診療科名 |  |
| 開設（予定）年月日 |  |
| 連絡先担当者名 |  |
| 連絡先電話番号 |  |