

医療連携登録制度に関する覚書

医療機関名称をご記入ください (以下「甲」という。)と
国立大学法人 東京大学医学部附属病院 (以下「乙」という。)は、以下のとおり覚書を締結する。

第1条(目的)

甲及び乙は、一人ひとりの患者に最善の医療を提供するため相互に協力をするとともに、病診連携や病病連携をより緊密にし、地域医療の向上を図ることを目的として本覚書を締結する。

第2条(登録申請)

甲は、乙の連携先医療機関として登録を申請する場合、乙に対して東京大学医学部附属病院 医療連携申込書及び登録用紙(以下「申込書及び登録用紙」という。)を提出する。

2 甲は、登録内容に変更のあった場合には、乙に対し、速やかに申込書及び登録用紙の再提出を行う。

第3条(登録許可)

乙は、甲からの申請があり、乙の地域医療連携推進委員会にて審査・承認した場合には、甲に対して医療連携登録証(以下「登録証」という。)を交付する。

第4条(登録証の取扱)

甲は、乙から発行された登録証を院内に掲示し、来院患者に対し乙との医療連携について広報をすることができる。

2 甲は、甲が管理するホームページや印刷物に乙の医療機関名を掲載し、医療連携について広報をすることができる。

第5条(効力の期間)

この覚書の有効期間は本覚書締結の日から5年間とする。

2 乙は、連携期間開始から4年を経過した時点で、甲に対し、連携継続の意思を書面をもって確認する。連携継続の意思が確認できた場合には、連携期間を5年間延長するものとし、以降の更新についても同様とする。

3 甲または乙から登録解除の申し出があった場合には、双方協議のうえ解除を行うものとする。

4 甲及び乙は、登録を解除した場合には、速やかに登録証の返却および印刷物やホームページの内容について記載の消去を行う。

第6条(疑義の協議)

本覚書に定めなき事項及び疑義が生じた場合には、甲乙協
て決定又は解決するもの

この覚書は2通作成し、それぞれ記名、捺印のうえ、各1通を保有する。

平成 年 月 日

甲 医療機関名称・代表者氏名を記入ください 印

乙 東京大学医学部附属病院 病院長 齊藤 延人 印

「日付」は空白とし
記入しないでくだ
さい

公印を押印してください。
「公印」のご用意無い場合
には個人印でも可