

## 医療連携機関登録制度に関する覚書

東京大学医学部附属病院長 殿

\_\_\_\_\_ (以下「甲」という。)は、東京大学医学部附属病院 (以下「乙」という。)の医療連携機関登録制度に登録を申請するにあたり、以下の条項を理解した上で同意します。

### 第1条(目的)

医療連携機関登録制度は、甲を乙の連携医療機関として登録(以下「登録」という。)することにより、甲及び乙が相互に協力して個々の患者に最適な医療を提供するとともに、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する。

### 第2条(申請)

甲は、登録を申請する場合、乙に対し、「医療連携機関登録申込書」(以下「申込書」という。)を提出する。

### 第3条(登録)

- 乙は、前条の申請を受けて審査を行った結果、登録を承認した場合は、甲に対し、医療連携登録証(以下「登録証」という。)を交付する。
- 甲は、登録後に申請内容に変更のあった場合は、乙に対し、速やかに申込書の再提出を行い、登録内容の変更が著しい場合(診療体制・住所・医療機関名称・代表者等の複数変更)は再審査を受ける。

### 第4条(広報)

甲は、登録証の院内掲示並びにホームページ及び印刷物への乙の医療機関名の掲載により、乙との医療連携について広報を行うことができる。

### 第5条(有効期間・解除)

- 登録の有効期間は登録日から5年を経過した年度末までとする。甲乙双方からの特別の申し出がない場合は、自動的に有効期間を5年間延長とし、以降の更新についても同様とする。
- 乙は、次に掲げる場合には、前項の有効期間満了を待たずに登録を解除することができるものとする。
  - 甲の診療実態について、電話、e-mail、ホームページ、厚生局等で現存確認が取れない場合
  - 甲について連携医療機関として相応しくないと判断し、甲に通知を行った場合
- 甲から登録の解除の申し出があった場合には、乙は速やかに解除を行うものとする。
- 甲及び乙は、有効期間が満了した場合又は登録が解除された場合には、速やかに登録証の返却及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(協議)

本覚書に定めのない事項及び本覚書の解釈に疑義のある事項については、甲乙間で誠実に協議して解決するものとする。

本覚書の原本は乙が保管するものとする。

(西暦) 年 月 日

医療機関名 \_\_\_\_\_ 印

代表者氏名 \_\_\_\_\_

※乙 記入欄  
登録年月日: 年 月 日 登録番号: 第 号

# 記入例

## 医療連携機関登録制度に関する覚書

東京大学医学部附属病院長 殿

①

医療機関名称をご記入ください

(以下「甲」という。)は、東京大学医学部附属病院(以下「乙」という。)の医療連携機関登録制度に登録を申請するにあたり、以下の条項を理解した上で同意します。

### 第1条(目的)

医療連携機関登録制度は、甲を乙の連携医療機関として登録(以下「登録」という。)することにより、甲及び乙が相互に協力して個々の患者に最適な医療を提供するとともに、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する。

### 第2条(申請)

甲は、登録を申請する場合、乙に対し、「医療連携機関登録申込書」(以下「申込書」という。)を提出する。

### 第3条(登録)

- 乙は、前条の申請を受けて審査を行った結果、登録を承認した場合は、甲に対し、医療連携登録証(以下「登録証」という。)を交付する。
- 甲は、登録後に申請内容に変更のあった場合は、乙に対し、速やかに申込書の再提出を行い、登録内容の変更が著しい場合(診療体制・住所・医療機関名称・代表者等の複数変更)は再審査を受ける。

### 第4条(広報)

甲は、登録証の院内掲示並びにホームページ及び印刷物への乙の医療機関名の掲載により、乙との医療連携について広報を行うことができる。

### 第5条(有効期間・解除)

- 登録の有効期間は登録日から5年を経過した年度末までとする。甲乙双方からの特別の申し出がない場合は、自動的に有効期間を5年間延長とし、以降の更新についても同様とする。
- 乙は、次に掲げる場合には、前項の有効期間満了を待たずに登録を解除することができるものとする。
  - 甲の診療実態について、電話、e-mail、ホームページ、厚生局等で現存確認が取れない場合
  - 甲について連携医療機関として相応しくないと判断し、甲に通知を行った場合
- 甲から登録の解除の申し出があった場合には、乙は速やかに解除を行うものとする。
- 甲及び乙は、有効期間が満了した場合又は登録が解除された場合には、速やかに登録証の返却及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(協議)

本覚書に定めのない事項及び本覚書の解釈に疑義が生じた場合は、甲乙が協議するものとする。

本覚書の原本は乙が保管するものとする。

作成日をご記入ください。

公印を押印してください。  
公印のご用意がない場合は  
個人印でも可

②

(西暦) 年 月 日

③

医療機関名

医療機関名称をご記入ください

⑤

印

④

代表者氏名

代表者氏名をご記入ください