様式13の７

こころの連携指導料（Ⅰ）の施設基準に係る届出書添付書類

 １　当該指導を共同で行う保険医療機関

|  |  |
| --- | --- |
| ・名称・開設者名・所在地・連携方法（該当全てに○） | 文書・電話・電子メール・カンファレンス・（他:　　　　） |
| ・名称・開設者名・所在地・連携方法（該当全てに○） | 文書・電話・電子メール・カンファレンス・（他:　　　　） |
| ・名称・開設者名・所在地・連携方法（該当全てに○） | 文書・電話・電子メール・カンファレンス・（他:　　　　） |
| ・名称・開設者名・所在地・連携方法（該当全てに○） | 文書・電話・電子メール・カンファレンス・（他:　　　　） |
| ・名称・開設者名・所在地・連携方法（該当全てに○） | 文書・電話・電子メール・カンファレンス・（他:　　　　） |

２　当該指導を担当する医師

|  |  |
| --- | --- |
| 氏名 | 自殺等に関する適切な研修の受講 |
| 受講年月日 | 講習会名 | 当該講習の主催者 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |