様式第１号（第７条関係）

市町村在宅医療連携体制支援事業専門家派遣申請書

第　　　号

平成　　年　　月　　日

　岩手県知事　様

　市町村在宅医療連携体制支援事業実施要綱第７条の規定により、下記のとおり申請します。

|  |  |
| --- | --- |
| 申請者名 |  |
| 所在地 | 郵便番号 |
| 担当部署 | 所属 |  | 担当者名 |  |
| 電話 |  | ＦＡＸ番号 |  |
| 電子メール |  |
| 助言を受けたい内容 | １　主な内容（いずれかに○を付すこと）　　入退院の支援　日常の療養支援　急変時の対応　看取り　その他　　その他の場合の内容（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）２　助言を受けたい事項 |
| 初回派遣希望日時 | 日時 | 第１希望　（　）月（　）日　午前・午後（　）時頃第２希望　（　）月（　）日　午前・午後（　）時頃第３希望　（　）月（　）日　午前・午後（　）時頃 |
| 場所 |  |
|  |  |

（注意）この申請書には、次に掲げる書類を添付してください。

１　各医療圏等で定めて使用している情報共有シート

　（例示）・医療と介護の連携マニュアル（一関市医療と介護の連携連絡会作成）

　　　　 ・盛岡圏域入退院調整支援ガイドライン（盛岡広域振興局・岩手県県央保健所作成）

２　介護保険の主治医意見書

※　その他必要に応じて追加書類の提出をお願いすることがあります。