医療連携機関登録申請書（アミロイドPET）

申込日　　　　　年　　　月　　　日

三沢市立三沢病院

院長　斎藤　聡　殿

　三沢市立三沢病院の医療連携機関登録を申請いたします。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 医療機関 | ふりがな |  |
| 名　　　　称 |  |
| 所　　在　　地 |  |
| ふりがな |  |
| 開　設　者　名 |  |
| ふりがな |  |
| 院　　長　　名 |  |
| 電　話　番　号 |  |
| F　A　X　番　号 |  |
| ホームページURL |  |

保険診療によるアミロイドPET検査は、レカネマブ製剤投与実施施設との医療連携が必要とされています。初回のご施設のみ、上記申請書に必要事項をご記入の上、事前にFAXをお願いいたします。

FAX：0176-53-2173