（参考様式１）

承諾書

平成２９年　月　日

○○○○　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　○○○○○○病院

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　○○○○　　印

　貴医療機関が三重県認知症疾患医療センター（連携型）指定要領に基づき、認知症疾患医療センターとして指定されたとき、その運営に伴う下記内容の連携について承諾いたします。

記

連携内容

１　（例）磁気共鳴画像装置（ＭＲＩ）による医療連携の実施

２　（例）脳血流シンチグラフィ（ＳＰＥＣＴ）による医療連携の実施

３　（例）認知症疾患の周辺症状と身体合併症に対する急性期入院治療等の連携の実施