

(様式1)

令和 年 月 日

長崎県知事 様

病院名

院長名

印

長崎県てんかんに中核医療機関認定申請について

標記について、長崎県てんかん地域診療連携ネットワークの趣旨を理解し、てんかん患者を診療する中核医療機関の認定を受けたいので、別紙のとおり「長崎県てんかん地域診療連携ネットワーク参加・更新申請書(中核医療機関用)」を提出いたします。

長崎県てんかん地域診療連携ネットワーク 参加・更新 申請書
(中核医療機関用)

令和 年 月 日 現在

医療機関名		
住所		
電話番号		
F A X		
代表者	職名	
	氏名	
担当者	職名	
	氏名	

てんかん診療に関わる医師の氏名等

医師の氏名	診療科	勤務形態	てんかん専門医の有無
		常勤・非常勤	有・無
		常勤・非常勤	有・無
		常勤・非常勤	有・無
		常勤・非常勤	有・無
		常勤・非常勤	有・無

長時間ビデオ脳波記録が可能な機器を有している	有・無
てんかん診断を目的とする長時間ビデオ脳波記録の延べ実施件数	件
3ステラMRI撮影機器を有している	有・無
てんかん治療機能及び手術を診断を目的とした手術を行うことができる	可・不可

県記載欄

受付番号	審査判定	審査判定日
受付年月日	認定種類	中核・連携 認定番号

(様式2)

令和 年 月 日

長崎県知事 様

病院名

院長名

印

長崎県てんかん連携医療機関認定申請について

標記について、長崎県てんかん地域診療連携ネットワークの趣旨を理解し、てんかん患者を診療する連携医療機関の認定を受けたいので、別紙のとおり「長崎県てんかん地域診療連携ネットワーク参加・更新申請書（連携医療機関用）」を提出いたします。

長崎県てんかん地域診療連携ネットワーク 参加・更新 申請書
(連携医療機関用)

令和 年 月 日 現在

医療機関名		
住所		
電話番号		
F A X		
代表者	職名	
	氏名	
担当者	職名	
	氏名	

てんかん診療に関わる医師の氏名等

医師の氏名	診療科	勤務形態	てんかん専門医の有無
		常勤・非常勤	有・無
		常勤・非常勤	有・無
		常勤・非常勤	有・無
		常勤・非常勤	有・無
		常勤・非常勤	有・無

県記載欄

受付番号	審査判定	審査判定日
受付年月日	認定種類	中核・連携 認定番号

(様式3)

障福第 号

令和 年 月 日

認定証

住所又は所在地

氏名又は名称 様

長崎県知事

令和 年 月 日付けて長崎県に提出のあった、長崎県てんかんに中核医療機関及びてんかん連携医療機関審査要領(以下、「要領」という。)第4条(1)に基づく、中核医療機関・連携医療機関の認定に係る申請について、要領第4条(2)の審査の結果、下記のとおり中核医療機関・連携医療機関に認定することとしたので、要領第4条(3)に基づき通知します。

記

- 1 医療機関名
- 2 医療機関長職名
- 3 医療機関長氏名
- 4 認定機関

令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日

(様式4)

障福第 号

令和 年 月 日

認定辞退届

長崎県知事 様

病院名

院長名

印

令和 年 月 日付けて長崎県てんかんに中核医療機関・長崎県てんかん連携医療機関の認定を受けましたが、以下の理由により辞退します。

記

- 1 医療機関名
- 2 医療機関長職名
- 3 医療機関長氏名
- 4 辞退理由