

# 連携登録医 共同利用等の手引き

岩手県立中央病院

地域医療支援部

地域医療福祉連携室

(平成28年12月)

## 目次

連携登録医制度について・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	1
1 目的	
2 登録	
3 登録医の責務	
4 登録医の身分及び活動	
I 開放病床の共同利用について・・・・・・・・・・・・・・・・	2
1 目的	
2 利用できる対象者	
3 共同利用できる開放病床	
4 開放病床利用申込	
5 共同診療等	
6 保険請求	
II 施設・設備等の共同利用について・・・・・・・・・・・・・・・・	3
1 目的	
2 利用できる対象者	
3 利用できる施設・設備等	
4 利用時間	
5 利用方法	
III 地域医療研修センターについて・・・・・・・・・・・・・・・・	5
1 目的	
2 利用できる対象者	
3 対象研修会等	
4 利用方法	
《様式》	
様式1 岩手県立中央病院連携登録医申請書	
様式2 岩手県立中央病院連携登録医 登録確認書	
様式3 登録医証	
様式4 開放病床利用申込書	
様式5 開放病床利用確認書	
様式6 開放病床利用受付票	
様式7 共同診察実施記録	
様式8 共同利用申込書（医療機器等）	
様式9 FDG-PET検査依頼書	
様式10 会議室・設備・機器等使用申請書	

# 連携登録医制度について

## 1 目的

岩手県立中央病院（以下「当院」という。）が地域の医療機関等（主に盛岡二次保健医療圏の医療機関及び当院と医療連携を行っている医療機関等）との連携を深め、相互に医学の研鑽を行い、地域における第一線の医療機関であるかかりつけ医と適切な機能分担を進め、患者の診断から治療、経過観察まで包括的で一貫性のある医療を提供し、地域医療の充実と発展を図ることを目的とする。

## 2 登録

- (1) 登録医の対象は、盛岡保健医療圏の医療機関及び当院と医療連携を行っている医療機関等の医師・歯科医師とする。
- (2) 登録申請しようとする医師・歯科医師は、「岩手県立中央病院連携登録医申請書（様式1）」を当院院長（以下「病院長」という。）に提出し、承認を受けるものとする。
- (3) 病院長が登録を承認した場合、当院の連携登録医名簿に医療機関名、医師名等を登載する。登録された医療機関には、「岩手県立中央病院連携登録医 登録確認書（様式2）」及び「登録医証（様式3）」を送付する。
- (4) 登録の期間は、登録日の属する年度の3月31日までとし、当院及び岩手県立中央病院連携登録医（以下「登録医」という。）双方に異存のない場合は自動的に延長する。ただし、病院長又は医師会長が不相当と判断した場合は、登録を取り消すことも有り得る。
- (5) 登録医は、登録内容に変更が生じた場合、又は登録を辞退する場合は文書によりその旨を申し出るものとする。

## 3 登録医の責務

- (1) 当院において知り得た患者及びその家族などに関する個人情報について、守秘義務を負うものとする。
- (2) 2年に1度当院が実施する登録内容の現況確認に応じるものとする。
- (3) 共同診療等の際は、当院の規定を守るとともに、持参した白衣等を着用し、所定の名札を着用するものとする。
- (4) 過失により当院に損害を与えた際は賠償の責任を負うものとし、賠償の求償の程度は協議して定めるものとする。

## 4 登録医の身分及び活動

登録医は、当院の組織に属することはなく報酬等の支給はないが、次のような活動ができる。

- (1) 開放病床に入院した紹介患者の当院担当医との共同診療等
- (2) 紹介患者の診療・手術等のための、当院の設備・機器等の共同利用
- (3) 紹介患者の診療情報の閲覧
- (4) 病院の管理・運営に係る諸記録の閲覧
- (5) 臨床検討会、研修会等への参加
- (6) 図書室、その他院内施設の利用
- (7) 医療福祉相談室の利用

## I 開放病床の共同利用について

### 1 目的

登録医療機関からの紹介により入院した患者の診療について、登録医(かかりつけ医)と当院担当医が共同して当該患者の検査、処置又は指導を行うもので、退院後の「かかりつけ医」による診療が円滑に行なわれ、当該患者に対してのより良い医療の提供を目的とする。

### 2 利用できる対象者

連携登録医制度により登録された登録医とする。

### 3 共同利用できる開放病床

共同利用のための病床として12床利用することができる。当該患者の病態に応じ、該当する診療科の主たる病棟で対応する。

### 4 開放病床利用申込

- (1) 紹介患者を開放病床に入院させようとする時は、事前に当該診療科長(時間外の場合は第3当直医)と連絡調整・確認したうえで、「開放病床利用申込書(様式4)」及び診療情報提供書を地域医療福祉連携室宛てFAXする。
- (2) 登録医は、患者に当院開放病床への入院及び共同指導料について説明をし、了承を得る。また、上記(1)受領後、当院がFAXする「開放病床利用確認書(様式5)」及び「開放病床利用受付票(様式6)」を病院の総合案内へ提出する旨伝える。

### 5 共同診療等

登録医は、当院開放病床に入院させた患者について、可能な限り訪問し、当院の主治医又は看護師等との共同診察及び共同指導に努めるものとする。なお、共同診療等を行うおとする登録医は、その内容についてあらかじめ当院主治医と調整する。

- (1) 登録医の診療時間は、原則として午後1時より午後6時の間とし、地域医療福祉連携室を通じて、予め当院主治医及び病棟看護師長に訪問の日時を連絡する。
- (2) 患者の治療方針等は当院主治医と協議して決定し、原則として直接の診療行為については、当院主治医が行う。
- (3) 登録医は、当院の各診療科責任者若しくは主治医の了解を得て、患者の検査、手術、カンファランス等に立ち会うことができる。
- (4) 登録医は、共同診療日等の当日、地域医療福祉連携室担当者の案内で登録医室に行き、持参した白衣等に着替え、当院が準備する名札を着用する。
- (5) 登録医は、共同診療した内容を「共同診療実施記録(様式7)」に記載し、病院に提出、写しを自院の当該患者診療録に貼付し、記録として保管する。
- (6) 患者の退院に関しては、登録医と当院主治医が協議のうえ決定する。ただし、死亡退院等の場合は、当院主治医が速やかに登録医に連絡する。

### 6 保険請求

登録医は、共同診察実施記録に基づいて、当該患者の診療報酬明細書を作成し、各自の医療機関から開放型病床共同指導料(I)を保険請求することが出来る。

## Ⅱ 施設・設備等の共同利用について

### 1 目的

当院が有する施設・設備及び医療機器の一部を地域の医療機関の医療従事者等に診療及び研修を目的とした利用のため開放し、地域の医療機関等との連携の推進及び地域の医療従事者及び介護従事者の相互研鑽を図ることを目的とする。

### 2 利用できる対象者

- (1) 連携登録医制度により登録された登録医
- (2) 盛岡保健医療圏において、医師、歯科医師、薬剤師、看護師等の医療従事者、または介護従事者が組織する団体若しくはその団体の構成員。

### 3 利用できる施設・設備等

#### (1) 医療機器

- ①コンピューター断層撮影装置（CT）
- ②磁気共鳴コンピューター断層撮影装置（MRI）
- ③シンチグラフィ（RI）
- ④PET-CT
- ⑤マンモグラフィ
- ⑥上部内視鏡検査
- ⑦超音波検査（心臓「経胸壁」・腹部）
- ⑧その他病院長が認める機器等

#### (2) 救急センター

#### (3) 手術室

#### (4) 大ホール、会議室、視聴覚室

#### (5) 図書室

#### (6) 医療情報管理室

#### (7) 地域医療福祉連携室

#### (8) 医薬品情報管理室

#### (9) 医療福祉相談室

#### (10) その他診療、研修、研修などの目的で使用する施設・設備等

### 4 利用時間

原則として、平日の午前9時から午後7時までとする。

### 5 利用方法

#### (1) 医療機器

- ①紹介患者の検査等について共同利用を希望する場合は、「共同利用申込書（様式8）」をFAXにて地域医療福祉連携室宛て送信する。なお、PET-CTの予約に際しては「FDG-PET検査依頼書（様式9）」を併せて送信する。
- ②登録医が紹介患者の検査等への立ち合いを希望する場合は、地域医療福祉連携室宛て連絡し、別途調整することとする。なお、その際も医療機器等の操作は当院担当医師又は技師が行うものとする。

#### (2) 救急センター

- ①紹介医療機関の医師又は歯科医師が診察した患者またはかかりつけである患者の

うち、当院へ緊急的に診療を依頼する患者（以下「紹介救急患者」という。）に対して、365日24時間対応することとする。また紹介救急患者に同伴する医師又は歯科医師は、希望により初期診療に参加できるものとする。

②紹介医療機関からの紹介救急患者に対応した医師は、可及的速やかに当該紹介医療機関へ患者の病状等について報告するものとする。

(3) 手術室

登録医が紹介患者の手術等への立ち合いを希望する場合は、当該診療科責任長の許可を得て立ち合うことができる。

(4) 大ホール、会議室、視聴覚室

①使用を申請する団体等は、「会議室・設備・機器等資料申請書（様式10）」を、地域医療福祉連携室経由で、当院総務課管財係に提出する。

②会議室等の希望利用日が、当院と申請団体とで重複する場合は、当院が主催する会議、研修会等が優先される。

③提出された申請書に使用の可否を付し、写しを申請団体等に交付する。

(5) 図書室

①図書の閲覧及び研究等の場合に限り、次の事項を遵守し利用することができる。

- ・備付の図書は、許可なく持ち出ししない
- ・備品の移動、持ち出しをしない
- ・飲食をしない

②コピーを希望する場合は、著作権法の範囲内でコピーできる。

③図書を故意に破損又は汚した場合、修復に要する実費を負担する。

④その他、当院業務企画室に属する図書室勤務者の指示に従うものとする。

(6) 医療情報管理室

①紹介患者等の診療録の閲覧を希望する場合は、閲覧対象の了解を得たうえで医療情報管理室に申請、病院長の承認を得る。

②診療記録のコピーは原則として認めない。

(7) 地域医療福祉連携室

①病院の管理及び運営に関する諸記録の閲覧を希望するものは、地域医療福祉連携室に申請、病院長の承認を得る。

②閲覧対象とする諸記録は以下のものとする。

- ・共同利用の実績
- ・救急医療の提供の実績
- ・地域研修センターの実績
- ・閲覧の実績
- ・紹介・逆紹介の実績

(8) 医薬品情報管理室

当院薬剤部が医薬品に関する情報の収集、分類、評価及びその情報提供のために設置するD I 室を利用することができる。

(9) 医療福祉相談室

①当院が疾病の予防・治療・社会復帰の妨げとなるような諸問題を抱えている患者・家族の相談のために設置している医療福祉相談室は、紹介医療機関からの紹介患者の相談についても対応する。

②紹介患者の相談内容の援助に際し、必要に応じて院内各部門又は院外関係機関等と資料・情報の交換を行うなど、連携を行うものとする。

③院内外の医療・保険・福祉・介護の連携の向上のため、研修会等への参加の他、他機関からの講演依頼についても対応する。

### Ⅲ 地域医療研修センターについて

#### 1 目的

当院が地域の医療従事者等に対する生涯教育その他の教育、研修（以下「研修等」という。）を適切に行い、その資質の向上を図ることを目的とする。

#### 2 利用できる対象者

- (1) 連携登録医制度により登録された登録医
- (2) 盛岡保健医療圏において、医師、歯科医師、薬剤師、看護師等の医療従事者、または介護従事者が組織する団体若しくはその団体の構成員

#### 3 利用できる研修会等

- (1) 医師の教育・研修（医学講演会、症例検討会、臨床病理検討会（CPC）等）
- (2) 看護部門の教育・研修（看護研修会、病棟別症例検討会、看護勉強会等）
- (3) 医療技術部門の教育研修
  - ①臨床検査部門（生理検査実技講習会、臨床検査部研修会、輸血検査実技講習会等）
  - ②放射線部門（画像研修会等）
  - ③薬剤部門（新薬学習会、服薬指導症例検討会、医薬分業研修会、病棟別薬剤勉強会等）
  - ④リハビリテーション部門（研修会等）
  - ⑤栄養管理部門（糖尿病教室等）
  - ⑥臨床工学部門（研修会等）
- (4) その他
  - ①全国がんセンターTVカンファレンス
  - ②特別研修（接遇研修、医療・保険・介護・福祉連携勉強会等）
  - ③地域向け研修（健康講座、糖尿病ネットワーク勉強会等）
  - ④病院長が認める研修会等

#### 4 利用方法

県医師会会報及び当院ホームページにて周知される研修会等へ参加を希望する者は、それぞれの申込み方法に従い、申し込みをする。また、必要に応じ研修会等の会場において参加者名簿に必要事項を記入する。

岩手県立中央病院連携登録医申請書

平成 年 月 日

岩手県立中央病院連携登録医制度要綱に基づき登録医申請します。

登録する医療機関	所在地	〒 _____
	名称	
	開設者名	
	電話番号	( _____ )
	F A X 番号	( _____ )
	E - m a i l	
登録医制度を利用する 医師・歯科医師の氏名及び 診療科	ふりがな 氏名 (診療科: _____ )	
	連絡先 _____ ( _____ )	
	F A X _____ ( _____ )	
	E-mail: _____	
	※ 登録No. _____ (病院記入)	
	ふりがな 氏名 (診療科: _____ )	
	連絡先 _____ ( _____ )	
	F A X _____ ( _____ )	
	E-mail: _____	
	※ 登録No. _____ (病院記入)	
	ふりがな 氏名 (診療科: _____ )	
	連絡先 _____ ( _____ )	
F A X _____ ( _____ )		
E-mail: _____		
※ 登録No. _____ (病院記入)		
※病院事務処理欄		

様式2

平成 年 月 日

様

岩手県立中央病院長

「岩手県立中央病院連携登録医」登録確認書

平成 年 月 日付で申請のありました「岩手県立中央病院連携登録医制度」の登録について、下記のとおり登録医名簿に登載しましたので、登録確認書及び登録医証を送付いたします。

記

登録番号	
登録医療機関名	
登録氏名	

	<b>岩手県立中央病院</b>
<b>登 録 医 証</b>	
医療機関名	〇〇〇〇〇クリニック
医師名	〇〇 〇〇 殿
登録番号	2018-****
貴殿は、岩手県立中央病院 連携登録医であることを証します。	
平成 年 月 日	<b>岩手県立中央病院</b>
	院長 〇〇 〇

平成 年 月 日

# 開放病床利用申込書

岩手県立中央病院

--	--	--	--	--	--	--

1: 基幹【新規】 FAX 019-654-5052  
 2: 変更【再受診・他科・保険追加】 TEL 019-653-1151 (内線) 2191  
 TEL 019-622-9996 (連絡室直通)

**入院日**

平成 年 月 日 ( ) 時頃

※事前に当該診療科長と調整をお願いいたします。

※入院希望科 (希望する科に○) 【連絡済担当医師: ( )

01	02	03	03	11	11	15	10	35	19	37	20	12	18	17	17	36	14	32	23	27	31	28	24	25	25	42	29	05
血液内科	総合診療科	腎臓内科	リウマチ科	消化器内科	内視鏡外科	消化器外科	呼吸器内科	呼吸器外科	整形外科	神経内科	脳神経外科	循環器内科	心臓血管外科	乳癌外科	内分泌外科	小児外科	小児科	ペインクリニック	皮膚科	眼科	歯科口腔外科	耳鼻いんこう科	泌尿器科	産科	婦人科	がん化学療法科	放射線科	精神科

入院目的: 加療・精査 (いずれかに○)

(ふりがな) (旧姓) 性別

患者氏名 1男・2女

生年月日 明・大・昭・平 年 月 日 才

岩手県立中央病院を受診したことがありますか? はい ( ) 科・( ) 年頃・いいえ

他県立病院を受診したことがありますか? はい ( ) 病院・( ) 年頃・いいえ

兼院入院中の患者さんの場合の当院来院状況: ストレッチャー使用 有・無: 酸素使用 有・無

※下記欄は保険証のコピーまたはカルテ表紙のコピーでもかまいません。

住所	郵便番号		
電話番号	自宅 ( )	携帯電話	( )
勤務先	電話番号 ( )		
被保険者氏名	被保険者との続柄		
保険区分	主保険 (国保・社保)	後期高齢者・高齢者保険	その他公費負担医療
保険者番号	3 9		
記号	受給者番号		
番号			
本人家族別	1 本人・2 家族	負担割合	1割・2割・3割
資格取得	年 月 日	年 月 日	年 月 日
有効期限	年 月 日	年 月 日	年 月 日
備考			

※紹介状返書をFAX送付しますので、以下は必ずご記入下さい。

紹介元医療機関の所在地	
名称	
医師氏名	
電話番号	( ) FAX ( )

1. 本療の枠内をご記入ください。  
 2. 公費負担医療、互助会等主保険以外についてもご記入ください。交通事故等で受診される場合は備考欄にその旨をご記入ください。

開放病床利用確認書

平成 年 月 日

\_\_\_\_\_ 医・病院

\_\_\_\_\_ 先生御侍史

岩手県立中央病院 地域医療福祉連携室  
TEL 019-653-1151 (内線 2191)  
TEL 019-622-9996 (直通)  
FAX 019-654-5052

この度は、 \_\_\_\_\_ 様をご紹介いただき誠に  
ありがとうございます。  
開放病床入院予定日は

\_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ( 曜日 ) \_\_\_\_\_ 時 \_\_\_\_\_ 分です。

別紙の「開放病床利用受付票」を患者さんにお渡しくださ  
いますよう、よろしく願いいたします。

開放病床利用受付票

岩手県立中央病院開放病床に入院される紹介患者さまへ

- ① の用紙を、直接総合案内（時間外・休日は救急センター）にお出してください。
- ② ご不明な点は、地域医療福祉連携室にお問い合わせください。

患者氏名	様 ID :
入院予定日	平成 年 月 日 ( 曜日) 時 分
入院診療科	科 : 担当医
入院予定病室	病棟 号室
お持ちいただくもの	健康保険被保険者証 介護保険証（交付されている方） 公費負担医療受給者証（交付されている方） 互助会会員証（加入されている方） 紹介状（診療情報提供書） レントゲンフィルム、検査結果等（必要な場合のみ）

岩手県立中央病院入院受付のご案内

【1階】



岩手県盛岡市上田1丁目4番1号  
 岩手県立中央病院  
 地域医療福祉連携室  
 TEL 019-653-1151 (内 2191)

## 共同診察実施記録

診 療 日 時	平成 年 月 日 ( ) 午前 ・ 午後 時 分から
登 録 医 番 号	
登 録 医 療 機 関 名	
登 録 医 師 名	医 師
患 者 I D	
患 者 氏 名	様
診 療 科 名	科
病 棟 名	( 西 ・ 東 ) 病 棟
病 室 番 号	号 室
病 院 担 当 医 名	
診 療 内 容 ( 登 録 医 の 先 生 は、この欄にご記 入願います。)	<p style="text-align: right;">登録医師署名 _____</p>
コ メ ン ト	

※ 診療内容、コメント以外は、病院で記入。  
本書を病院に提出、写しを登録医に交付する。

共同利用申込書 (医療機器等)

平成 年 月 日  
岩手県立中央病院

1: 差控 [新規]  
2: 変更 [再差控・費科・保険追加]

FAX 019-654-5052  
TEL 019-653-1151 (内線) 2191  
TEL 019-622-9996 (連絡室直通)

共同利用希望日 平成 年 月 日 ( )

担当医師への電話連絡 済 ( ) 医師 - 無 ]

共同利用希望機器 ※希望に○

- 1. コンピューター断層撮影装置 (CT)
- 2. 磁気共鳴コンピューター断層撮影装置 (MRI)
- 3. シンチグラフィ (RI) 【骨・その他 ( )】
- 4. PET-CT
- 5. マンモグラフィ
- 6. 上部内視鏡検査
- 7. 超音波検査 (心臓「経胸壁」・腹部) ※1・2・4の場合撮影部位 ( )

受診希望科 希望科に○ (ただし上記1~4は29放射線科、5は17乳腺外科、6は11内視鏡科選択のこと)

01	02	03	03	11	11	15	10	35	19	37	20	12	18	17	17	36	14	32	23	27	31	28	24	25	25	42	29	06
血液内科	総合診療科	腎臓内科	リウマチ科	消化器内科	内視鏡科	消化器外科	呼吸器内科	呼吸器外科	整形外科	神経内科	脳神経外科	循環器内科	心臓血管外科	乳腺外科	内分泌外科	小児科	小児科	ペインクリニック	皮膚科	眼科	歯科口腔外科	耳鼻いんこう科	泌尿器科	産科	婦人科	がん化学療法科	放射線科	精神科

(ふりがな) (旧姓) 性別

患者氏名 1男・2女

生年月日 明・大・昭・平 年 月 日 才

岩手県立中央病院を受診したことがありますか? はい ( ) 科・ ( ) 年頃・ いいえ

他県立病院を受診したことがありますか? はい ( ) 病院・ ( ) 年頃・ いいえ

兼院入院中の患者さんの場合の当院来院状況: ストレッチャー使用 有・無: 酸素使用 有・無

※下記欄は保険証のコピーまたはカルテ表紙のコピーでもかまいません。

住所	郵便番号		
電話番号	自宅 ( )	携帯電話 ( )	
勤務先	電話番号 ( )		
被保険者氏名	被保険者との続柄		
保険区分	主保険 (国保・社保)	後期高齢者・高齢者保険	その他公費負担医療
保険者番号	3 9		
記号	受給者番号		
番号			
本人家族別	1 本人・2 家族	負担割合	1割・2割・3割
資格取得	年 月 日	年 月 日	年 月 日
有効期限	年 月 日	年 月 日	年 月 日
備考			

※紹介状認書をFAX送付しますので、以下は必ずご記入下さい。

紹介元医療機関の所在地			
名称			
医師氏名			
電話番号	( )	FAX	( )

- 1. 本療の枠内をご記入ください。
- 2. 公費負担医療、互助会等主保険以外についてもご記入ください。交通事故等を受診される場合は備考欄にその旨をご記入ください。

## FDG-PET検査依頼書

依頼日 平成 年 月 日

## 患者情報

ふりがな	性別	生年月日
氏名: 様 (男・女)	T・S・H	年 月 日 ( 歳)

- PET-CT検査ご依頼の際は、診療申込書(様式1)と一緒に、こちらのFDG-PET検査依頼書(様式5)に必要事項をご記入の上、FAXにてお送りください。

岩手県立中央病院 地域医療福祉連携室 (平日8時30分～17時15分)

FAX 019 (654) 5052

電話 019 (622) 9996 (直通)

最近施行した画像診断	CT( 月 日)・MRI( 月 日)・Gaシンチ( 月 日)・その他( )		
検査に必要な告知	有・無	腎機能障害 有( )・無	糖尿病 有(空腹時 mg/dl)・無
確認事項	妊娠 有・無	アレルギー等 有( )・無	付き添い 有(家族・医療従事者)・無
	静止 可・不可	感染症 有( )・無	移動 歩行・車椅子・ストレッチャー
身長・体重	cm kg	高カロリー輸液 有( )・無	
閉所恐怖症	有・無	ペースメーカー・ICD 有( )・無	
妊娠中/授乳中	有( )・無	その他の留意事項	

診療に関する確認事項 保険適応があることをご確認の上、該当する事項をもれなくご記入ください。

保険適応となる臨床診断名 (早期胃癌を除く悪性腫瘍)	<input type="checkbox"/> 脳腫瘍 <input type="checkbox"/> 頭頸部癌( ) <input type="checkbox"/> 食道癌 <input type="checkbox"/> 肺癌 <input type="checkbox"/> 乳癌 <input type="checkbox"/> 転移性肝癌 <input type="checkbox"/> 脾癌 <input type="checkbox"/> 悪性黒色腫 <input type="checkbox"/> 子宮癌 <input type="checkbox"/> 卵巣癌 <input type="checkbox"/> 悪性リンパ腫 <input type="checkbox"/> てんかん <input type="checkbox"/> 原発不明癌 <input type="checkbox"/> 虚血性心疾患( ) <input type="checkbox"/> 大腸癌 <input type="checkbox"/> その他( )
検査目的	<input type="checkbox"/> 良悪性鑑別 <input type="checkbox"/> 病期診断 <input type="checkbox"/> 再発診断 <input type="checkbox"/> 転移検索 <input type="checkbox"/> 原発検索 <input type="checkbox"/> その他( )
病理診断	<input type="checkbox"/> 細胞診 <input type="checkbox"/> 組織診( )

手術歴 無 有 時期 \_\_\_\_\_ 疾患・術式 \_\_\_\_\_  
 時期 \_\_\_\_\_

処方

## 【紹介元医療機関】

名称 _____
医師名 _____

※ この依頼書は、当院ホームページ (<http://www.cjho-hp.jp>) からダウンロードできます。

## 会議室・設備・機器等使用申請書

年 月 日

岩手県立中央病院長 様

住所

氏名(責任者)

印

所属(団体名)

連絡先 氏名 ( ) -

次のとおり会議室・設備・機器等の使用について許可されるよう申請いたします。

なお、申請にあたり、次の注意事項を遵守することを誓約します。

注意1: 中央病院の職員が参加しない会議等の開催にあたっては、設備・備品等の稼働、調整のために中央病院の職員は一切関与しないことから、事前に操作方法等を確認すること。

注意2: 中央病院の建物、設備、備品等を毀損した場合は、過失の程度に関わらず原状復帰に要する費用を弁償すること。

使用目的			
使用日時	年 月 日 時 分 ~ 月 日 時 分		
使用場所 (○で囲む)	大ホール・第1会議室・第2会議室・第3会議室・第4会議室・視聴覚室		
使用人数	人		
使用備品等	大ホール(4F) (収容人数:120名)	テーブル	台/ 45台 ※2人掛
		イス	脚/ 240脚
	第1会議室(2F) (収容人数:35名)	テーブル	台/ 19台 ※2人掛
		イス	脚/ 45脚
	第2会議室(3F) (収容人数:18名)	テーブル	台/ 9台 ※2人掛
		イス	脚/ 18脚
	第3会議室(3F) (収容人数:20名)	テーブル	ドーナツ型円卓 1 ※12人掛 長テーブル 台/3台 ※2人掛
		イス	脚/ 23脚
	第4会議室(4F) (収容人数:20名)	テーブル	台/ 7台 ※2人掛
		イス	脚/ 20脚
	視聴覚室(3F) (収容人数:42名)	テーブル	台/ 台
		イス	脚/ 脚

備考

許可する	
許可しない	

【 連絡・お問い合わせ先 】

〒020-0066 岩手県盛岡市上田一丁目4番1号

岩手県立中央病院 地域医療福祉連携室

電 話 019-653-1151(内線 2195・2191)

FAX 019-654-5052