（様式１１）

**協力医療機関との連携**

**協力医療機関**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 法人名 | 医療機関等名称 | 診療科目 | 所在地 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**日常及び緊急時の協力医療機関との連携について、具体的に記入してください。**

|  |
| --- |
|  |