**第15号様式の２**（第10条関係）

年　　月　　日

高知県知事　様

届出者　住所

氏名　　　　　　　　　　　　㊞

法人の場合は、主たる事務所の所

在地、名称及び代表者の職・氏名

医療機器の共同利用計画に係る届出書

高知県外来医療計画で定められた医療機器の病院又は診療所における購入又は更新に当たり、当該医療機器の共同利用計画を策定しましたので、高知県医療法施行細則第３条の２第２項の規定により次のとおり届け出ます。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 病院又は診療所 | 開設者の住所及び氏名（法人の場合は、主たる事務所の所在地及び名称） |  |
|  | 名称 |  |
|  | 開設の場所及び電話番号 |  |
|  | 担当者氏名 |  |
|  | 連絡先 |  |
| 共同利用対象の医療機器 | 種別 | □マルチスライスＣＴ（64列以上・16列以上64列未満・16列未満）・その他のＣＴ□ＭＲＩ（３テスラ以上・1.5テスラ以上３テスラ未満・1.5テスラ未満）□ＰＥＴ・ＰＥＴＣＴ□マンモグラフィ□放射線治療（リニアック・ガンマナイフ） |
|  | 製作者名 |  |
|  | 型式及び台数 |  |
|  | 設置年月日 | 年　　　月　　　日 |
| 共同利用の方針等 | 共同利用の方針 | 共同利用を行う　・　共同利用を行わない |
| 共同利用に係る規程の有無 | 有　・　無 |
|  | 共同利用の方法 | □病院又は診療所による機器使用□病院又は診療所からの患者の受入れ並びに画像情報及び画像診断情報の提供□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
|  | 共同利用を行わない場合の理由 |  |
| 共同利用の相手方の医療機関 | 名称 | 開設の場所及び電話番号 |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| 医療機器の保守点検の方針 | 保守点検計画の策定の有無 | 有　・　無 |
| 保守点検の予定時期及び間隔 |  |
| 画像情報及び画像診断情報の提供に関する方針（提供方法） | ネットワーク・デジタルデータ（ＣＤ・ＤＶＤ）・紙ベース・その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

注１　本計画における共同利用の方針や協議の場での確認結果により、医療機器の購入・　更新が妨げられるもではありません。

注２　「共同利用の相手方の医療機関」欄は、共同利用計画の策定時点において共同利用が決定している医療機関について記入してください。