

同 意 書

さいたま市自殺対策医療連携事業実施要綱第 2 条の規定により、当院を協力医療機関として登録されることに同意いたします。

(救急医療機関記入欄)

- 併せて、さいたま市自殺対策医療連携事業実施要綱に基づき、市内精神科病院との連携について同意いたします。

(一般医療機関記入欄)

- 併せて、さいたま市自殺対策医療連携事業実施要綱に基づき、市内精神科診療所との連携について同意いたします。

(精神科病院記入欄)

- 併せて、さいたま市自殺対策医療連携事業実施要綱に基づき、市内救急医療機関との連携について同意いたします。

(精神科診療所記入欄)

- 併せて、さいたま市自殺対策医療連携事業実施要綱に基づき、市内一般医療機関との連携について同意いたします。

年 月 日

(あて先) さいたま市長

医療機関所在地
医療機関名
管理者名

印