

令和 5 年 / 月 日

保健所長 殿



(開設者が法人の場合は法人名称及び主たる事務所の所在地・代表者名を記載)

医療機関開設者 住所 304-0143 茨城県神栖市神栖1-17-20  
Tel 0299(92)7200  
氏名 牧 晴美 院 敷



下記のとおり共同利用の対象となる医療機器を購入したいので、提出します。

- < 共同利用の対象とする医療機器 >
- (1) CT (全てのマルチスライスCT及びマルチスライスCT以外のCT)
  - (2) MRI (1.5 テスラ未満, 1.5 テスラ以上 3.0 テスラ未満及び 3.0 テスラ以上のMRI)
  - (3) PET (PET及びPET-CT)
  - (4) 放射線治療 (リニアック及びガンマーナイフ)
  - (5) マンモグラフィ

No.	新規/ 更新 <sup>※1</sup>	購入予定の医療機器	共同利用の予定 <sup>※2, 3</sup> (該当するものに○)	共同利用を行わない 場合の理由 <sup>※4</sup>
		種類またはグレード		
/	更新	マルチスライスCT アクイリオン スタート	行う・ <u>行わない</u>	自院でのみ使用 為。
			行う・行わない	
			行う・行わない	

※<sup>1</sup> 「新規：新たな対象機器の購入(追加購入の場合を含む)」, 「更新：既存の医療機器を買い替える場合」として記載してください。

※<sup>2</sup> 共同利用については, 「画像診断が必要な患者を, 医療機器を有する医療機関に対して患者情報とともに紹介する場合」を含みます。

※<sup>3</sup> 共同利用を行う場合は, 医療機器の共同利用に係る計画(別添様式)を, 購入する機器ごとに提出してください。

※<sup>4</sup> 共同利用を行わない場合, その理由について〇〇地域医療構想調整会議にて確認しますので, 御記入ください。