共同利用計画書

医療機関　　住　所：

名　称：

【医療機器の情報】

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 対象医療機器※該当欄に「○」 |  | CT |
|  | MRI |
|  | PET（PET及びPET-CT) |
|  | 放射線治療（リニアック及びガンマナイフ） |
|  | マンモグラフィ |
| メーカー・機種名 |  |
| 設置年月日 | 年　　月　　日 |

**□　共同利用を行う**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 共同利用の要望への対応※該当欄に「○」 |  | 要望があれば共同利用に対応可能※ 医療機関名と医療機器の情報を保健所HPに掲載します。 |
|  | 特定の医療機関に限定 |
| 共同利用の相手方医療機関※計画書提出時点で確定している相手方※欄が不足する場合は任意の別紙に記載 | 名　称 |  |
| 所在地 |  |
| 名　称 |  |
| 所在地 |  |
| 名　称 |  |
| 所在地 |  |
| 保守・整備等の実施に関する方針（点検時期･項目） | ※保守点検計画を策定済みの場合は添付してください。 |
| 画像情報及び画像診断情報の提供に関する方針※該当欄に「○」 |  | デジタルデータ（CD・DVD） |
|  | 紙媒体 |
|  | 医療連携ネットワークシステム |
|  | その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

**□　共同利用を行わない**

|  |
| --- |
| 理由： |