様式

地域医療への協力意向の確認について

東京都知事　殿

　年　　　月　　　日

住　所

提出者　氏　名

連絡先（電話）

（E-mail）

|  |  |
| --- | --- |
| 名称 |  |
| 開設場所 |  |
| 開設年月日 |  |
| 診療科目 |  |
| 開設者 |  |
| 管　　　理　　　者 | （※１） |
| 電話番号 |  |

「東京都外来医療計画（令和２年３月策定）」に記載の地域医療への協力意向確認について、次のとおり提出します。

１．開設者情報

（※１）法人が開設者の場合のみ

２．確認内容

「東京都外来医療計画（令和２年３月策定）」を御一読いただき、以下の確認内容について、

該当する項目に☑を入れて下さい。

「東京都外来医療計画（令和２年３月策定）」https://www.hokeniryo.metro.tokyo.lg.jp/iryo/iryo\_hoken/kanren/gairaikeikaku.html

（東京都保健医療局HP > 医療政策 > 医療・保健施策 > 東京都保健医療計画関連事項 > 東京都外来医療計画）

地域医療への協力意向に関する確認内容

新規に診療所を開設するにあたり、開設場所の二次保健医療圏における外来医療機能の状況をはじめとする「東京都外来医療計画」の内容を理解し、地域医療の充実に向けて、可能な範囲で協力・貢献していきます。

（１）地域医療への協力意向の有無について

□　合意します

□　合意しません　→　（２）の質問にお進みください。

（２）合意できない理由について

　□　地域の現状を十分に理解していないため

□　その他（下の括弧内に具体的な理由をご記入ください）

（理由：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　）

○　本手続における回答内容については、「地域医療構想調整会議（※２）」において確認を行うこととします。合意いただけなかった開設者の方には、同会議へ御出席いただき、地域医療における課題解決に向け、御発言を御願いさせていただく場合がございます。

（※２）地域医療構想調整会議とは

二次保健医療圏ごとに地域の現状を把握した上で、地域の関係者自らが地域の課題を抽出し、その課題の解決に向けた検討を行う会議体。委員は医療機関、医療関係団体、保険者、区市町村等から構成され、年２回程度開催。

〇　御記入いただきました本様式は、封入されておりました封筒等をお使いいただき下記宛先まで郵送いただくか、様式をメールに添付して下記メールアドレスまでご提出ください。

なお、御記入いただきました内容は、地域医療構想調整会議において本計画における合意状況の確認のために使用し、他の目的には使用いたしません。

【提出先】

東京都保健医療局医療政策部医療政策課保健医療計画担当

　　〒163－8001

新宿区西新宿2丁目8番1号　東京都庁第一本庁舎28階南側

電話番号：03-5320-4424、4425（ダイヤルイン）

E-mail：S1150401@section.metro.tokyo.jp