

共同利用計画書

医療機関 住所：〇〇市〇町〇番〇号

名称：医療法人〇〇 A病院

【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	〇〇	CT-1000A
設置年月日	令和2年 4月 2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	医療法人〇〇 B病院
	所在地	〇〇市〇町〇番〇号
	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)	始業時及び就業時に別添「保守点検チェックリスト」により点 検を実施 ※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：