協力医療機関に関する協定書

○○○○（指定障害児通所支援事業等の事業所を設置する法人名）（以下「甲」という。）と○○○○（医療機関を設置する法人名等）(以下「乙」という。)は、下記のとおり協力医療機関に関する協定を締結する。

記

（協力医療機関）

第一条　乙を、甲が設置運営する○○○○（指定障害児通所支援事業等の事業所名）（以下「事業所」という。）の協力医療機関と定め、事業所の利用者に病状の急変が生じた場合その他必要な場合には、甲が乙に連絡をとり、これに対して乙は適切な対応をとるものとする。

（協定期間）

第二条　この協定の期間は、令和　年　月　日から令和　年　月　日までとする。

二　前項の期間が満了する１か月前までに、甲又は乙が別段の意思表示をしなかったときは、この協定は１年間延長されるものとし、以後も同様とする。

　（疑義等の決定）

第三条　この協定について疑義が生じたとき又はこの協定に定めのない事項については、　甲乙協議の上、決定する。

この協定した証として、本書面を2通作成し、甲乙記名押印の上、各自１通を所持する。

令和　年　月　日

甲　住所

法人名

代表者　　　　　　　　　　　　　　印

乙　住所

法人名

診療所名

代表者　　　　　　　　　　　　　　印

以　上

**※　本書は、あくまでも記載例であり、書面形式及び各条項内容については、各自の実情に応じて作成してください。**