

# 学会連携申請 取下げ申請書



一般社団法人 日本消化器外科学会 殿

「特掲診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」（平成 28 年 3 月 4 日 保医発 0304 第 2 号）に基づき、対象術式実施の保険診療実施にあたり、貴学会の定める認定要件に同意し、貴学会との連携を申請しておりましたが、下記のとおり学会連携申請を取下げたくお願い申し上げます。

申請日： 年 月 日

取下げ情報		
対象期間	年度	
取下げ 対象術式	※取下げを希望する術式にチェックを入れて下さい。 <input type="checkbox"/> 腹腔鏡下肝切除術 <input type="checkbox"/> 腹腔鏡下膵頭十二指腸切除術	
取下げ 理由	※該当する項目に全てチェックを入れて下さい。 <input type="checkbox"/> 施設基準を満たさなくなったため <input type="checkbox"/> 連携期間中に対象術式を実施しなかったため（実施予定がなかったため） <input type="checkbox"/> その他（※以下に具体的な理由をご記入下さい）	
施設名		
郵便番号		
所在地		
電話番号		
施設長 記名押印	公印	
本件に関する 問い合わせ先	所属部署名	
	担当者氏名	
	電話番号	
	メールアドレス	