**静脈圧迫処置の施設基準に係る届出書　添付書類**

**（他医療機関との連携）**

**○連携医療機関 用**

　慢性静脈不全による静脈性潰瘍症例に対し

　　　　　　　　　と連携、その診断、治療

の協力を行なっていることを証明致します。

令和 年 月 日

　　　　　　　　医療機関名

　　　　　　　　所在地

　　　　　　　　電話番号

　　　　　　　　院長氏名　　　　　　　　　　　　　　　（印）