

様式 1

共同利用計画書

申請医療機関 住所 _____

名称 _____

代表者 _____

☐ 共同利用を行う

- ・ 共同利用の対象とする医療機器

- ・ 共同利用の対象先である医療機関

- ・ 保守・整備等の実施に関する方針

- ・ 画像情報及び画像診断情報の提供に関する方針

☐ 共同利用を行わない

- ・ 理由

()

以上