

## 脳卒中急性期医療機関に関するアンケート調査 調査票

### 【調査票】

表紙(このページ)及び参考資料も含め、4枚構成

### 【調査票の返送方法及び返送期限】

ご記入の済んだ調査票を、平成20年8月 日( )までに  
同封の返信用封筒のご返送願います。

### 【調査票の返送先及び問い合わせ先】

東京都 福祉保健局 医療政策部 医療政策課

地域医療対策係 中村・菅瀬

〒163-8001

新宿区西新宿2 - 8 - 1 東京都庁第一本庁舎23階(南)  
03 - 5320 - 4446(直通) / fax03 - 5388 - 1436

### 【東京都脳卒中医療連携推進事業

・東京都脳卒中医療連携協議会について】

別添資料「東京都における脳卒中の医療連携体制」と

「東京都脳卒中医療連携協議会委員一覧」をご参照ください。

議事概要や会議資料については、東京都ホームページもご参照ください。

議事の具体的な内容や様子等については、上記担当ないし

協議会の各医療圏代表の委員はじめ各委員に適宜ご照会ください。

ここからご記入願います。

### 【貴医療機関名】

--

### 【記入者】

所属・役職等

--

氏名

--

お問い合わせ先

--

東京都ホームページ 福祉保健局 医療・保健政策 議事録・報告書 東京都脳卒中医療連携協議会議事資料

[http://cms.fukushihoken.tocho.tokyo/iryo/iryo\\_hoken/gijiroku/nousottyukyougikai\\_gijisiryoy/index.html](http://cms.fukushihoken.tocho.tokyo/iryo/iryo_hoken/gijiroku/nousottyukyougikai_gijisiryoy/index.html)