

かえつ医療介護連携協議会 医療連携ネットワーク施設参加申請書 (施設名等の変更)

かえつ医療介護連携協議会 殿

かえつ医療介護連携協議会の趣旨、利用者規定、各種関連ガイドライン、診療情報をネットワークで外部と共有する場合における情報提供病院としての責任範囲などを理解した上で、同協議会に入会申請を致します。

申請日	令和 年 月 日
ふりがな 施設名	
ふりがな 住所	〒 ー
電話番号	
FAX 番号	

本書をコピーしたものを控えとして施設で管理し、本書をかえつ医療介護連携協議会に送付ください。

ふりがな		
責任者 自 署	姓	名 (印)

以上