様式１

**徳島赤十字病院地域連携ネットワーク参加申込書**

徳島赤十字病院院長　殿

徳島赤十字病院地域連携ネットワーク運用規程、ID-Link利用約款、および各種関連ガイドラインを遵守し、閲覧施設としての責任を理解の上、徳島赤十字病院地域連携ネットワークに参加いたします。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申込日 |  | | | 年 | |  | | 月 |  | | 日 |
| フリガナ |  | | | | | | | | | | |
| 医療機関名 |  | | | | | | | | | | |
| 医療機関コード(７桁) | |  | | | | | | | | | |
| フリガナ | |  | | | | | | | | 印 | |
| 代表者名  ※自署または公印をお願いします | |  | | | | | | | |
| フリガナ | |  | | | | | | | | | |
| 担当者部署／氏名 | |  | | | | | | | | | |
| 所在地 | 〒 | | | | | | | | | | |
| ＴＥＬ |  | | | | ＦＡＸ | |  | | | | |
| メールアドレス | | |  | | | | | | | | |
| 病床数  （一般病床＋療養病床） | | | 床 | | | | | | | | |

**徳島赤十字病院**　地域医療連携課

〒773-8502　小松島市小松島町字井利ノ口103番

TEL：0120-503-743　FAX：0120-308-739