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