

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