

徳島赤十字病院地域連携ネットワーク 利用者申請書兼誓約書

徳島赤十字病院院長 殿

私は、徳島赤十字病院地域連携ネットワークの運用規程に示された遵守事項、禁止事項を十分理解した上で、徳島赤十字病院地域連携ネットワークを利用することを誓約します。

申込日	年	月	日
医療機関名			
フリガナ			
利用者氏名（自署）			印
職員番号 ※1			
職種			
診療科（医師のみ）			
メールアドレス（任意）			

※1 ログイン ID が「職員番号@*****」となります。
空欄の場合は任意の番号で ID を発行します。

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