地域医療連携申込書

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 医療機関名※ | | （法人名を含めた表記） |
| 所在地※ | | 〒 |
| 電話番号※ | |  |
| FAX番号 | |  |
| 代表者 | ご職名 | （理事長、院長等） |
| ご氏名 |  |
| 本　件  担当者 | ご職名 |  |
| ご氏名 |  |
| 電話番号 | □上記に同じ |
| FAX番号 | □上記に同じ |
| Eメールアドレス |  |

※の項目は、当院のホームページ及び紙媒体で患者様に情報提供させていただきます。

＊協定書の日付は、当月１５日までのお申し込みの場合、翌月１日（休日の場合は翌平日）、それ以降のお申し込みの場合、翌月２０日（休日の場合は翌平日）の日付といたします。

※下記あてにメールまたは郵送、もしくはFAXでご送付願います。

〔本件担当〕

北海道大学病院　医療支援課地域医療連携係　担当：幕田

〒060-8648　札幌市北区北14条西5丁目

　　TEL 011-706-5629　FAX 011-706-5630

E-mail：itiiki@jimu.hokudai.ac.jp