

一宮市医師会在宅医療サポートセンター 行

F A X : 0586-72-1447

E-mail : syokai@ichinomiya.aichi.med.or.jp

一宮市医師会在宅医療サポートセンター
在宅医紹介システム登録申請書

平成 年 月 日

一宮市医師会長 様

在宅医紹介システムへの登録を希望しますので、以下のとおり申請します。

病院名		
所在地	〒	
TEL	()	—
FAX	()	—
E-mail		
担当者	部 署	
	役職・職種	
	氏 名	

* システム利用申込後、当センターより申込受理の旨を上記ご担当者の「E-mail」へご連絡いたします。