一宮市医師会在宅医療サポートセンター　行

FAX：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。