

横浜医療センター 地域医療連携ネットワーク
事業統括責任者 殿

横浜医療センター 地域医療連携ネットワーク
連携登録（変更・辞退）申請書

申請日： 20 年 月 日

・ 該当区分に○を付けてください

申請区分	新規登録	登録情報変更	連携の辞退
------	------	--------	-------

医療機関名称 _____

施設所在地 _____

(ふりがな)

連携事業担当者 _____

連絡先 TEL: _____ FAX: _____

メールアドレス _____

当事業にかかる運用管理規定を熟知のうえ、上記のとおり申請します。

公
印

施設代表者氏名 _____

ご来院の場合 本申請書を 横浜医療センター1F 地域医療連携室 までお持ちください。

ご郵送の場合 〒245-8575 神奈川県横浜市戸塚区原宿3-60-2
国立病院機構横浜医療センター 地域医療連携室 までご送付願います。

横浜医療使用欄

(可 ・ 保留)

担当

/
印

副統括

/
印

統括責

/
印