

一般社団法人名古屋市医師会 在宅医療・介護支援システム
 後方支援病院等連携申請書 兼 完了通知書

平成 年 月 日

一般社団法人名古屋市医師会長 殿

一般社団法人名古屋市医師会 在宅医療・介護支援システムに基づき、後方支援病院等との連携を希望します。

医療機関名	
担当窓口（担当者）	
医療機関所在地	〒
連絡先	電話番号：（ ） - /FAX番号：（ ） -

■連携を希望する後方支援病院等をご記入ください。

※事務局記入欄

平成 年 月 日

上記内容を後方支援病院等として登録いたしましたので、ご連絡申し上げます。

受理印

--