

名古屋市医師会 在宅医療バックアップシステム

在宅医療サポート医 登録申請書 (在宅医療サポート医による看取りサポート)

記入日： 年 月 日

一般社団法人 名古屋市医師会長 殿

名古屋市医師会 在宅医療バックアップシステムの趣旨を理解し、在宅医療サポート医として登録を申請します。

医師名(フリガナ)		
医療機関名		
住 所	〒	
連絡先	TEL :	FAX :
緊急連絡先	TEL :	
特記事項		

<タクシーカード発行に伴う情報について>

患者への移動については、原則、タクシーを想定しており、タクシー会社の迅速な対応のため、在宅医療サポート医の情報を予め登録しておきます。

乗車が想定される 地点の住所	①
	②
	③
	④
タクシー会社へ 連絡する電話番号	①
	②
	③
	④

■センター記入欄 受理日： 年 月 日／担当者印：