

松山赤十字病院地域医療連携ネットワーク利用申込書

松山赤十字病院長 様

松山赤十字病院地域医療連携ネットワーク運用規程、ID-Link 利用約款、および各種法令等を遵守し、閲覧施設としての責任を理解の上、松山赤十字病院地域医療連携ネットワークを利用いたします。

申込日	年 月 日		
フリガナ			
医療機関名			
代表者氏名 ※自署又は公印をお願いします	印		
連絡担当者部署 担当者氏名	部署 氏名		
所在地	〒		
TEL		FAX	
メールアドレス			
病床数	床		

※ 施設利用者届兼誓約書（様式 2）も併せて提出願います。

松山赤十字病院 患者支援センター
〒790-8524 松山市文京町 1 番地
TEL : 089-926-9516 FAX : 089-926-9547