

## 連携登録医療機関申請書

県立二葉の里病院 病院長 殿

申請者 住 所  
医療機関名  
開設者名 印

県立二葉の里病院における連携登録医療機関として、連携登録医療機関及び共同利用取扱要領に基づき、下記のとおり申請します。

### 記

医療機関名	
所在地	(〒 - )
開設者名	
電話番号	( ) -
FAX番号	( ) -
当院ホームページへの掲載について ( <input type="checkbox"/> 掲載を希望します <input type="checkbox"/> 掲載を希望しません )	
開放病床の利用について ( <input type="checkbox"/> 登録を希望します <input type="checkbox"/> 登録を希望しません )	

※登録の完了は、連携登録医療機関証の発行をもって代えさせていただきます。

※開放病床の利用を希望される場合は、別途手続きを行います。

県立二葉の里病院  
記入欄

登録年月日： 年 月 日	登録番号：
--------------	-------