

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  
利用者登録（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
------	------	--------	-------

所属施設名称 \_\_\_\_\_

(ふりがな)

申請者氏名 \_\_\_\_\_

生年月日 (西暦) \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

職名 \_\_\_\_\_ 所属部署 \_\_\_\_\_

連絡先 TEL: \_\_\_\_\_ (内 線)

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。

**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