

## 須高医療連携ネットワーク参加申込書

長野県立信州医療センター病院長 様

須高医療連携ネットワーク運用規程、ID-Link 利用約款、およびマニュアルを遵守し、閲覧施設としての責任を理解の上、須高医療連携ネットワークに参加いたします。

申込日	年	月	日
フリガナ			
医療機関名			
医療機関コード(7桁)			
フリガナ		印	
代表者名 <small>※自署または公印をお願いします</small>			
フリガナ			
担当者部署/氏名			
所在地	〒		
TEL		FAX	
メールアドレス			
病床数 (一般病床+療養病床)	床		

**須高医療連携ネットワーク事務局**  
**長野県立信州医療センター**

地域医療福祉連携室

〒382-8577 長野県須坂市大字須坂 1332

TEL : 026-245-1650 (代表)    FAX : 026-248-3240