

須高医療連携ネットワーク 利用者申請書兼誓約書

長野県立信州医療センター院長 様

私は、須高医療連携ネットワークの運用規程に示された遵守事項、禁止事項を十分理解した上で、須高医療連携ネットワークを利用することを誓約します。

申込日	年	月	日
医療機関名			
フリガナ			
利用者氏名（自署）	印		
職種			
診療科（医師のみ）			
メールアドレス（任意）			

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