盛岡赤十字病院

地域医療連携室　宛（Mail: [renkei@morioka.jrc.or.jp](mailto:renkei@morioka.jrc.or.jp) FAX:019-637-3313）

**盛岡赤十字病院　医療連携機関登録届**

医療連携を推進する趣旨を理解し、下記のとおり医療連携機関として届出します。

1. 医療機関名：
2. ご芳名：
3. 電話番号：
4. ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ：
5. 登録届出日：
6. 医師携帯番号一覧：　　要　　・　　不要
7. ※連携の証【Ａ４サイズの証書】：　　要　　　・　　不要

※連携の証が「要」の場合は、掲示用のフレームを下記からお選び下さい。

グラフィカル ユーザー インターフェイス

AI 生成コンテンツは誤りを含む可能性があります。グラフィカル ユーザー インターフェイス

AI 生成コンテンツは誤りを含む可能性があります。グラフィカル ユーザー インターフェイス

AI 生成コンテンツは誤りを含む可能性があります。

1. ガラスフォトフレーム
2. ナチュラル
3. ブラック
4. ブラウン
5. ホワイト
6. フレームは不要

選択する番号に〇をお願いします。