

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. メールアドレス： _____
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。

選択する番号に○をお願いします。

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



ナチュラル



ブラウン



ガラスフォト
フレーム



ブラック



ホワイト