福島地域冠動脈疾患治療管理連携パス参加申請書

福島市医師会長　様

福島地域冠動脈疾患治療管理連携パスの運用手引きを確認し、その運用趣旨、目的等を理解・同意したうえで、以下の通り福島地域冠動脈疾患治療管理連携パスに参加を申請致します。

※下記、太枠部分をご記入ください。

|  |  |
| --- | --- |
| 医療機関登録情報記入欄 | |
| 申請日 | 西暦　20　　　　年　　　　　月　　　　　日 |
| 医療機関名 |  |
| 代表者職氏名 | ふりがな |
| 印 |
| 担当者職氏名  ※複数の場合も記入してください。 |  |
| 医療機関区分 | □　病院　　　　□　診療所 |
| 住所 | 〒  福島県 |
| 電話番号 |  |
| FAX番号 |  |
| メールアドレス ※通知等に利用させて頂きます。 |  |

\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*（事務局記載欄）\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*

申請受理日：西暦20　　　　年　　　　月　　　　日（氏名：　　　　　　　　　　）