【送信先】会津医療センター附属病院　地域連携室

FAX：0242-75-3409

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　【様式４】

**地域連携パス　連携医療機関登録票**

令和　　年　　月　　日

会津医療センター附属病院長　様

当院は、貴院が策定する下記疾患患者に関する診療計画に基づき、貴院と連携して貴院退院後の患者治療を担うことに同意します。

【登録情報】

胃内視鏡的粘膜下層剥離術後

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 医療機関名 |  | | | |
| 所在地 | 〒　　　- | | | |
| TEL | （　　　　　）　　　　　　　（内線　　　　　） | | | |
| FAX | （　　　　　） | | | |
| 事務担当  部署名 |  | | | |
| 担当者名 | 職名 |  | 氏名 |  |
| 【備考】 | | | | |

Fax送信には細心の注意を払っておりますが、誤って送信されましたら下記まで連絡いただきますようお願いいたします。　　会津医療センター附属病院　地域医療連携室　<Tel:0242-75-2100>