

北見赤十字病院・北海道立北見病院
地域連携ネットワーク患者登録依頼書

(あて先) 北見赤十字病院・北海道立北見病院 病院長

下記患者を北見赤十字病院・北海道立北見病院地域連携ネットワークに登録いただくよう依頼します。

依頼日: _____年 _____月 _____日

■参加施設

施設名	
連絡担当者	
連絡先	TEL : _____ - _____ FAX : _____ - _____

■登録依頼患者

1	(フリガナ) 氏名	
	生年月日	年 月 日
	住所	
2	(フリガナ) 氏名	
	生年月日	年 月 日
	住所	

※患者登録情報は、不同意書の提出がない限り有効となります。

【当院記載欄】 受付受理日 年 月 日 システム登録日 年 月 日	受付	システム登録