

北播磨地域医療連携システム  
きずな  
 「北はりま絆ネット」利用申請書

地域医療連携システム委員長 様

「北はりま絆ネット(以下、「絆ネット」)」を利用したいので申請いたします。

申請日：平成 年 月 日

施設名：\_\_\_\_\_ 総病床数( 床)

〈連携先(予定)病院名〉

- 市立西脇病院       市立加西病院       加東市民病院  
 大山記念病院       北播磨総合医療センター       多可赤十字病院  
 服部病院       三木山陽病院       兵庫あおの病院

\*「絆ネット」を利用した連携回数が、最も多いと思われる病院にを入れて下さい。

開設者氏名：\_\_\_\_\_ 代表者氏名：\_\_\_\_\_

絆ネット利用者氏名：\_\_\_\_\_

担当者氏名(部署)：\_\_\_\_\_ ( )

Eメールアドレス：\_\_\_\_\_

電話番号：\_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

FAX番号：\_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

＜地域医療連携システム委員会事務局＞

〒673-1431 加東市社字西柿1075-2

加東健康福祉事務所 企画課

〔 電話 0795-42-9355 〕  
 〔 FAX 0795-42-4050 〕

＜事務局取扱欄＞

申請受理日：平成 年 月 日

施設種別： 病院 ・ 診療所 ・ その他

担当：\_\_\_\_\_