

年 月 日

豊川市民病院地域医療連携システムの利用申込書

医療機関住所
医療機関名（法人の場合は法人名 及び 医療機関名）
代表者 役職
代表者 氏名

※ 本書への記載内容をもとに、「豊川市民病院地域医療連携システムの利用に関する協定書」の作成をしますので、正しくご記入ください。

※ 本書への押印は不要です。FAXまたは郵便で下記へお送りください。

〒442-8561

豊川市八幡町野路23番地

豊川市民病院患者サポートセンター

電話 0533-86-1111（内線 2534）

FAX 0533-89-5108（平日午前8時30分～午後5時15分）