様式2－2

送付先：名古屋市医師会 各区在宅医療･介護連携支援センター

一般社団法人名古屋市医師会 在宅医療･介護支援システム
後方支援病院等連携申請書　兼　完了通知書

平成　　年　　月　　日

一般社団法人名古屋市医師会長　殿

一般社団法人名古屋市医師会 在宅医療･介護支援システムに基づき、後方支援病院等との連携を希望します。

医療機関名	
担当窓口（担当者）	
医療機関所在地	〒
連　絡　先	電話番号:（　　）　　－　　／FAX番号:（　　）　　－

■連携を希望する後方支援病院等をご記入ください。

※事務局記入欄

平成　　年　　月　　日

上記内容を後方支援病院等として登録いたしましたので、ご連絡申し上げます。

受理印