

大阪地域医療連携合同協議会 施設会員入会申込書

【入会年度について】

➤ _____年度から入会希望

(※年度途中のご入会でも、年会費の月割りはございませんのでご了承ください。)

【入会施設について】

施設名	
住所	〒 _____
電話番号	_____
施設種別	<input type="checkbox"/> 病院 (<input type="checkbox"/> 一般、 <input type="checkbox"/> 精神、 <input type="checkbox"/> 療養、 <input type="checkbox"/> 回復期リハ) <input type="checkbox"/> 診療所 (<input type="checkbox"/> 無床、 <input type="checkbox"/> 有床、 <input type="checkbox"/> 訪問診療有り) <input type="checkbox"/> 入所施設 (施設種別： _____) <input type="checkbox"/> 訪問看護ステーション <input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業所 <input type="checkbox"/> その他 (_____)

【担当者様について】(※開催案内や入金案内などの送付をさせていただきます。)

担当者様名	
部署名	

【入会動機について】

当会を何で 知りましたか？	<input type="checkbox"/> ホームページを見た <input type="checkbox"/> 他施設から紹介を受けた <input type="checkbox"/> 実際に参加したことがある <input type="checkbox"/> その他 (_____)
当会へ入会を決めた 理由は何ですか？	
当会に期待することは 何ですか？	

【事務局】

地方独立行政法人大阪府立病院機構
大阪急性期・総合医療センター
地域医療連携センター内
住所 : 〒558-8558 大阪府大阪市住吉区万代東 3-1-56
電話番号 : 06-6606-7014 (直通)
FAX 番号 : 06-6692-2099