からっ風ネット

（前橋赤十字病院・済生会前橋病院　地域医療連携ネットワーク）

入会申請書

からっ風ネット運用管理者　殿

　からっ風ネットを利用したいので、入会申請を致します。

申請日：　　　　年　　　月　　　日

所属団体（医師会等）：

（フリガナ）

施　設　名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　総病床数：　　　　床

（フリガナ）

開設者氏名：

代表者氏名：

郵便番号　：　　　　　　-

住　　　所：

電話番号　：　　　　　　　　　　　　　　FAX番号 ：

Eメールアドレス：　　　　　　　　　　　＠

お申込みありがとうございました。後日、ご案内を差し上げますのでよろしくお願いいたします。

本書類は、お帰りの際に当院スタッフにお渡しいただくか、後日下記FAXにご送付ください。

**ＦＡＸ：０２７―２２５―５２７３**