在宅療養支援診療所・病院連絡会入会のご案内

　本連絡会では、実際に在宅医療等を行う診療所や病院の医師に加え、「在宅等で医療を受ける患者」の急変時や他科の受診等の際に携わる多くの医師会員が参画することにより、医師同士の連携強化を目指しております。

　在宅等で医療を受ける患者の診療に携わる栃木県医師会会員におかれましては、本趣旨をご理解いただき、是非とも入会のお申込みいただきますようお願い申し上げます。

　なお、本連絡会規約については、栃木県医師会ホームページ（医師の皆様へ→在宅医療）をご参照ください。

**送信先ＦＡＸ番号：０２８－６２４－５９８８**

**栃木県医師会 在宅療養支援診療所・病院連絡会**

**入会申込書**

申込年月日：　　年　　月　　日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フリガナ | 姓 | 名 | |
| 氏　　　名 | 姓 | 名 | |
| 生年月日 | 年　　　月　　　日 | 性別 | 男　・　女 |
| 所属機関名 |  | | |
| 所　在　地 | 〒　　　－ | | |
| ＴＥＬ | ―　　　　―　　　　　　　　（内線　　　　　　　　） | | |
| ＦＡＸ | ―　　　　― | | |
| E-mail ※1 |  | | |

※ご入会と同時に本連絡会のメーリングリストへの自動登録となりますのでご了知置き願います。