**新潟県在宅医療連携モデル事業参加申込書**

診療所型在宅医療連携モデルとして、新潟県より採択された斎藤内科クリニック（にいがた在宅ケアねっと）の事業企画提案に同意し、参加します。

いずれかに○を付けて下さい　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　事業所名

１．にいがた在宅ケアねっとに入会し、参加する（　　　　　　　　　　　　）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　⇒別紙入会申込書もご提出下さい。

２．にいがた在宅ケアねっとには入会しないが、参加する

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 ⇒下記参加登録申込書をご記入下さい。

・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・

登録№

申込日：　　　年　　　月　　　日

新潟県在宅医療連携モデル事業

**参加登録申込書**

|  |  |
| --- | --- |
| 事業所名 | フリガナ |
|  |
| 代表者氏名 | フリガナ | 役職 | 職種 |
|  |  |  |
| 所属先住所 | 〒　　　－ |
| ＴＥＬ：　　　　　　　　　　　　　　ＦＡＸ： |
| Ｅ－mail: |
| 事業種別 |  |

【斎藤内科クリニック　在宅支援室】

住所：〒950-0926　新潟市中央区高志2丁目20番3号

TEL：025－211-3930　FAX：025－287-6688　E-mail：zaitaku@smc-kanwa.jp