令和 年 月 日

医療機関 各位

神戸赤十字病院 病院長

神戸赤十字病院 連携医についてのお願い

前略、先生にはますます御健勝のこととお喜び申し上げます。

平素は格別のご高配を賜り、厚くお礼申し上げます。

さて、当院は平成19年3月27日付で地域医療支援病院の承認をいただきました。二次医療圏である神戸医療圏では初めての承認施設となりますので、その責任の重大さを感じています。

当院は病院の方針として開院当初より病診・病病連携の推進、救急医療に積極的に取り組んで参りました。特に病診・病病連携については、地域医療支援病院として「連携医」制度を設け、広く地域の医療機関と連携し、地域医療支援事業を行って参りたいと思います。

つきましては、別紙の「神戸赤十字病院地域医療支援事業運営規程」をご一読下さり、ご賛同願えるようでしたら、神戸赤十字病院 連携医にご登録方よろしくお願い申し上げます。

今後も病診・病病連携の強化、充実を目指し、更なるサービス向上に努力してまいりますので、ご指導、ご鞭撻のほどよろしくお願い致します。

令和 年 月 日

神戸赤十字病院長 殿

神戸赤十字病院 地域医療支援事業運営規定を理解したうえで、連携医の申請を致します。

神戸赤十字病院 連携医 申請書

フリガナ	
ご芳名	
ご住所	
開設者	
医療機関名	
TEL	() -
FAX	() -
E-mail	
診療科	
ご専門分野	
診療時間	

* 連携医の先生方に、連携医証をご準備させていただき、ご送付いたします。
下記にチェックをお願いします。

連携医証	☐ 必要 ・ ☐ 不要
------	---

ご協力ありがとうございました。

神戸赤十字病院 地域医療連携室 宛
FAX: (078) 241-9265