

FAX 018-829-5222

秋田赤十字病院 登録医会申込

連携推進のため**秋田赤十字病院登録医会**へ是非ご入会をお願いいたします。
ご登録医療機関名は**病院の玄関に掲示**させて頂いております。下記にご記載のうえ
FAX等にてお申し込みをお願いいたします。ご不明な点はお問い合わせください。

令和 年 月 日

1. 医療機関名・所属医師会名・医師氏名

医療機関名 _____ 所属医師会名 (_____) 医師会

氏 名 _____

2. 住所

郵便番号 _____

住 所 _____

3. 電話番号・FAX番号

電話番号 _____

FAX番号 _____

4. メールマガジン(メールアドレス等)

当院では、日々の診療にお役立て頂くために、「地域医療連携 メールマガジン」を
配信しております。下記の①～④のいずれかの方法にてお申込をお願いいたします。

①**メール**で配信希望の場合は、下記にアドレスをご記入しFAXしてください。

@ _____

② () : メールマガジンを**郵送**でご希望の場合
() に○を付けてFAXしてください。

③地域医療連携室メールアドレスrenkei@akita-med.jrc.or.jpへ
医療機関名または施設名と氏名を記入のうえ、お申し込みください。

④地域医療連携室へ**電話**にてお申し込みください。

ご意見・ご要望などございましたらお願いいたします。

〈問い合わせ先〉

〒010-1495

秋田市上北手猿田字苗代沢222-1

秋田赤十字病院 地域医療連携室

TEL : 018-829-5233 (直通)

FAX : 018-829-5222 (専用)

E-mail : renkei@akita-med.jrc.or.jp