

# 秋田赤十字病院 登録医会申込書

令和 年 月 日

返信先 秋田赤十字病院 医療社会事業部 地域医療連携課 あて  
F A X 018-829-5222

当院（地域医療支援病院）は、受診される皆様に身近な「かかりつけ医」を持つことを推奨しております。

地域医療連携（逆紹介）推進のため、当院登録医会への入会いただきたく、下記の項目について、ご記載の上、お申し込みくださいますようお願いいたします。

お問い合わせ等は担当までご連絡ください。

◆医療機関名： \_\_\_\_\_

◆所属医師会名： \_\_\_\_\_ 医師会

◆氏 名： \_\_\_\_\_

◆住 所： 〒 \_\_\_\_\_

◆電話番号： \_\_\_\_\_

◆FAX番号： \_\_\_\_\_

◆メールアドレス： \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

## ◆医療機関検索システム（メディグル）掲載について

当院ではホームページに専用バナーを設置して、運用しております。

①同システム掲載可否について、該当箇所へ記載してください。

掲 載 可    /     掲 載 不 可

## ◆登録医療機関向けメールマガジン発行について

当院では毎月メールマガジンを発行しております。（当院ホームページ掲載中）

①発行希望の有無について、該当箇所へ記載してください。

希 望 し ま す    /     不 要 で す

②希望される場合の発行方法について、該当箇所へ記載してください。

メ ー ル 配 信    /     郵 送

### 【問い合わせ先】

秋田赤十字病院 医療社会事業部 地域医療連携課

TEL 018-829-5233（直通） FAX 018-829-5222（専用）

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