

【送信先】岩手医科大学附属病院 地域医療連携センター事務室

FAX : 019-611-8071 (添書不要)

脳卒中 連携パス連携医療機関登録票

令和 年 月 日

岩手医科大学附属病院長 様

当院は、貴院が策定する下記疾患患者に関する診療計画に基づき、貴院と連携して貴院退院後の患者治療を担うことに同意します。

【登録情報】

連携する内容	脳卒中	
連携する担当機関 (下段に○)	回復期 (急性期病院退院後の入院治療を担う)	維持期 (回復期病院退院後の外来治療を担う)

医療機関名				
所在地	〒 -			
TEL	() (内線)			
FAX	()			
事務担当 部署名				
担当者名	職名		氏名	
【備考】				

【担当】

岩手医科大学附属病院 地域医療連携センター事務室
〒028-3695 岩手県紫波郡矢巾町医大通二丁目1番1号
TEL : 019-613-7111 (代表) 内 4152