特定非営利活動法人　全国連携実務者ネットワーク

連携業務に関する相談申込み用紙

以下の欄に記載のうえ事務局まで FAX でお送りください。
相談の内容によっては、お応えできない場合や回答にお時間をいただく場合があります。
いただいた内容や個人情報に関するプライバシーは厳守いたします。
回答はメールで行いますので、メールアドレスは間違いのないよう記載ください。
※注意事項※

・すべての項目に記載をお願いします。

・相談いただいた内容は全国の同じように悩む連携担当者向け Q&A サイトに採用させていただく場合がございます（病院名や個人名は特定されない配慮を行います）。予めご了承ください。

申込日	平成　　年　　月　　日
所属機関	
部署	
職種	
氏名	
メールアドレス	
電話番号	
施設種類（メインとなるものを選択）	高度急性期病院、急性期病院、回復期病院、慢性期病院、診療所、有床診療所、歯科診療所、薬局、居宅介護事業所、地域包括支援センター その他[　　]
相談内容の主旨（簡潔に）	
相談内容（出来る限り詳しく）	

送り先　FAX　03-5942-4778

特定非営利活動法人　全国連携実務者ネットワーク
〒165-0026　東京都中野区新井 2-1-16
E-mail info@renkei-network.net