様式第２－２号

　会員外の施設は必要事項を記入のうえ、推薦を受けた会員施設の医師よりサインをもらってください。

いしかわ診療情報共有ネットワーク　会員外施設推薦書

◆推薦を受ける施設がご記入ください

|  |  |
| --- | --- |
| 会員外施設名 |  |
| 施設間の連携実績 |
| 経営母体に関する情報 |
| 地域での活動実績（在宅医療連携グループへの参加の有無） |

令和　　　年　　　月　　　日

いしかわ診療情報共有ネットワークの会員外施設として上記施設を推薦します

|  |  |
| --- | --- |
| 医療機関名 |  |
| 推薦医師名（自署） |  |

以下　協議会記入欄

上記のとおり承認する。

令和　　　年　　　月　　　日

いしかわ診療情報共有ネットワーク協議会会長　　　印