

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

◆推薦を受ける施設をご記入ください

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