（様式1）初期診療後の救急患者転院搬送受け入れ医療機関登録申請書

神戸掖済会病院院長様

　以下の内容で連携医療機関として登録の申込をします。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 申込日 | 　年　　　　月　　　　日 |
| 医療機関名 |  |
| 医療機関住所 | 〒 |
| 連絡先電話番号 |  |
| E-mailアドレス |  |
| 記載部署名 |  |
| 記載者お名前 |  |
| 受け入れ可能な病態 |  |
| 地域包括医療病棟 | 設置あり　・　設置なし |
| 調整窓口（部署名） |  |
| 調整時連絡先 |  |
| 病院救急車の有無 | 有　　・　　無 |
| 時間外等の受入れ | ※平日夜間、土・日・祝の受け入れ可否についてご教示ください。□　不可□条件付で可能（条件等下記にご記入ください）　  |

**※神戸掖済会病院地域医療連携室（FAXかE-mail）までご提出ください。**

神戸掖済会病院 地域医療連携室

電話：078-781-1411

FAX：078-781-7300

E-mail：renkei@kobe-ekisaikai.or.jp