

- ・ 会員施設に併設する訪問看護ステーション等の事業所において、別々の施設として申請せずに会員施設名で利用する場合は、本書類をご提出ください。

ハートネットホスピタル 併設事業所確認書

令和 年 月 日

「ハートネットホスピタル」の趣旨・内容を理解したうえで、併設事業所確認書を提出します。

会員施設名		代表者 印
施設長名		
所在地	(〒 -)	
<input type="checkbox"/>	「ハートネットホスピタル」の利用にあたって、下記事業所は当施設が管理する併設事業所であることを認め、当施設長の責任において利用します。	
<input type="checkbox"/>	様式第4号患者同意書に記載する当施設の患者番号については、会員施設（医療機関）で管理する患者番号を記載します。	

フリガナ 併設事業所名			
事業者区分	<input type="checkbox"/> 医療機関	<input type="checkbox"/> 訪問看護ステーション	<input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業所
	<input type="checkbox"/> 調剤薬局	<input type="checkbox"/> その他 ()	
所在地	(〒 -)		
電話			

以下 金沢市医師会 記入欄

上記を確認した。 令和 年 月 日 ハートネットホスピタル運営委員会担当チーフ	担当 チーフ	担当サブ チーフ	担当サブ チーフ	事務局長	担当者

受理日	令和 年 月 日
整理番号	
担当	

金沢市医師会 ハートネットホスピタル事務局
〒920-0912 金沢市大手町3-21
TEL 076-263-6070
FAX 076-223-7079
Email hnh@kma.jp
受付 9時～17時 月～金（祝日除く）