

・会員外施設は必要事項を記入の上、推薦を受けた会員施設の医師よりサインを貰ってください。

ハートネットホスピタル 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、加賀脳卒中地域連携協議会への参加有無）（事例発表の有無・時期）	

令和 年 月 日

ハートネットホスピタル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）	
推薦理由	

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）