

青森脳卒中地域連携パス連絡協議会への入会申込書

脳卒中地域連携パスの運用に参加したいので、協議会への入会を申込みます。

1.機関名： _____		
回復期医療機関 ・ 維持期医療機関 ・ 介護事業者		
2.担当者	部署	
	職名・氏名	
3.連絡先	住所	
	電話番号	F A X 番号
4.パス受渡し窓口、担当者【2と異なる場合に、2、3の内容を記入】		
5.パス受渡しの方法	メール(E-mail)	
	メール以外(方法と連絡先)	
6.パスの入力にパソコンを使用		
はい ・ いいえ		
7.急性期（発作直後から2～4週間以内）の脳卒中患者を診察することがある (※医療機関のみ記入してください)		
はい ・ いいえ		

※記入後、017-726-8162 に F A X 送信してください。受信確認後、電話で確認します。