返送先：上川保健所　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（様式1）

F A X：0166（46）5262

**旭川地区糖尿病地域連携クリティカルパス**

**参加申出書**

記　載　日　20　 　年　　　月　　　日

記載者所属・氏名

　■連携パスに参加するにあたり、下記内容を報告します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 項　目 | | 内　　　　　　容 | | |
| 医療機関名 | |  | | |
| 医療機関番号 | | ＊北海道厚生局で発行する医療機関番号 | | |
| 医療機関現住所 | | 〒 | | |
| 連絡先 | | 診療責任者 （医師） | | 事務連絡担当者 |
|  | お名前 |  | |  |
|  | 所属科・課 |  | |  |
| 職 |  | |  |
| 電話番号（内線） |  | |  |
| ファックス番号 |  | |  |
| e-mail |  | |  |
| 希望する連絡方法 | □ファックス　　　□e-mail 　　 □郵送 | | |
| 医療機能  ＊複数の申し出可能 | | □　かかりつけ医 | 日常の診療を担当 | |
| □　糖尿病専門医 | 糖尿病の専門的な検査、治療、教育を担当（後日、詳細をお問合せします） | |
| □　専門医  （　　　　　　　） | 眼科、循環器科、腎臓内科等の医療機能（糖尿病内科を除く） | |
| 連　絡　事　項 | |  | | |

＜留意事項＞

（１）事務連絡について

　　・診療責任者と事務連絡担当者双方の連絡先をお知らせくださいますようお願いします。

・できるだけメールを活用した御連絡に御協力をお願いします。

（２）医療機関登録について

・登録後は「旭川地区パス機関リスト」に掲載し、参加機関に送付することを御了承願います。

＊掲載事項：医療機関名、住所、診療責任者、診療科名、電話、ファックス、医療機能