**受入協力医療機関　登録承諾書**

下記のとおり、岐阜県在宅療養あんしん病床登録事業の受入協力医療機関として登録し、利用者に病状の急変が生じた場合、その他必要な場合には、かかりつけ医と連絡を取り、これに対して迅速に適切な対応をすることを承諾いたします。

平成　　　年　　　月　　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 医療機関名 |  |
| 代表者氏名 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印 |
| 担当者氏名 |  |
| 担当者所属 |  |
| 所在地 | 〒　　　－住所：電話番号：　　　　　－　　　　　－FAX：　　　　　　　－　　　　　－ |

岐阜県医師会長　殿