

横須賀市医師会かもめ広場あて

## 在宅医療・介護情報共有システム「かもめネット」

## 連携依頼書

|         |  |
|---------|--|
| 医療機関名   |  |
| 代表者名    |  |
| 連絡先電話番号 |  |

\*\*\*\*\* 「かもめネット」連携先リスト \*\*\*\*\*

| 医療機関・事業所等名 | 連絡先※ | 担当者氏名※ |
|------------|------|--------|
|            |      |        |
|            |      |        |
|            |      |        |
|            |      |        |
|            |      |        |
|            |      |        |
|            |      |        |
|            |      |        |
|            |      |        |

※担当者氏名：副主治医など、連携したい相手が決まっている場合はお名前をご記入下さい。

※連絡先：電話番号等、分かる範囲でご記入下さい。

FAX 送付先 : 横須賀市医師会 046-823-4534