

外来感染対策向上加算連携医療機関申込書

医療法人財団 神戸海星病院 御中

外来感染対策向上加算につき、貴院と連携医療機関として申込みいたします。

医療機関名 : _____

代表者 役職・氏名 : _____

連絡担当者 : _____

郵便番号 : _____

住所 : _____

電話番号 : _____

FAX 番号 : _____

メールアドレス : _____

診察曜日・時間 : _____

神戸海星病院ホームページ掲載 : 可 ・ 不可 (どちらかに○)

【お問い合わせ・連絡先】

神戸海星病院 医療連携センター
住所：神戸市灘区篠原北町3丁目11番15号
TEL：0120-888-246
FAX：0120-888-246
E-mail：chiiki_2@kobe-kaisei.org