

(あて先) 三 鷹 市 長

三鷹市在宅療養者の後方支援病床利用医療機関登録申請書

三鷹市在宅療養者の後方支援病床利用に関する運用ルールに従い、後方支援病床利用登録医療機関として申請します。利用に当たっては、同ルールを遵守いたします。

申請日	令和 年 月 日
医療機関名	
院長名	
医療機関 所在地	〒 ー
電話番号	
F A X 番号	
E メール アドレス	
所属 医師会	1 三鷹市医師会 2 その他医師会 (医師会) 3 医師会には所属していない

記入後、三鷹市在宅医療・介護連携支援窓口（市）へ提出をお願いします。折り返し、登録書を郵送させていただきます。

なお、本事業へのお問い合わせ等は、下記までお願いいたします。

三鷹市在宅療養後方支援病床利用事業のお問い合わせ

三鷹市 健康福祉部 高齢者支援課 介護予防係

電話 0 4 2 2 - 2 9 - 9 2 7 3

所在地 〒 1 8 1 - 8 5 5 5 三鷹市野崎 1 - 1 - 1