



災害時医療機関相互支援ネットワーク入会申請書

全国自治体病院協議会災害時医療機関相互支援ネットワークの趣旨に賛同し、以下のとおり入会を申請致します。

(申込日) 年 月 日

施設名	
都道府県	
所在地	〒
施設長名	
電話番号	
FAX番号	
緊急連絡先 (24時間連絡可能な番号・複数可)	
緊急連絡先 (衛星電話番号)	
メールアドレス (複数可)	
担当部署・担当者名	

【事務局】

公益社団法人 全国自治体病院協議会
 総務部 担当：實吉・安永
 TEL：(03) 3261-8556
 FAX：(03) 3261-1845
 E-Mail：saigaishien@jmha.or.jp