**ＦＡＸ送信先　　０８６－４２５－１９４１**（岡山県備中保健所保健課地域保健班　行き）

**地域連携窓口の公表について（新規・変更）**

**施設名：**

|  |  |
| --- | --- |
| **施設代表者名** |  |
| **住　　所** | **〒** |
| **代表電話番号** |  |
| **○地域連携窓口の公表について（同意する　同意しない）****診療科にかかわらず、同意していただける場合は、下記に連携のための連絡先を記入してください。****○地域連携窓口担当部署を設けていますか？****（はい　いいえ）****部署名：****電話番号：****担当者名：**（ホームページには掲載しません）**職種：****地域連携に係る担当者について（配置についてご検討をお願いします）****職種：医師・看護師・その他（　　　　　　　）****担当者名：**（ホームページには掲載しません）**電話番号：** |