**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：** | |