**にいがた西地区食と栄養サポートネット（INSネット）**

**食支援連携プロジェクト参加申込書**

2019/07/10 作成

本プロジェクトの趣旨に賛同し、プロジェクト参加施設・病院間での情報共有を行うこと、施設・病院名を公開することに同意して頂いた上でお申し込みください。

後日担当者よりプロジェクトに必要な情報提供ファイルをメールでお送りいたします。

**施設・病院名**　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

**施設区分（いずれかに○を）**

病院　　　特養　　　老健　　　その他＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

　フリガナ

**連絡担当者名**　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

**職　種**　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

**連絡先メールアドレス**＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

※携帯キャリアメール（docomo.ne.jpなど）は極力避けてください。以下同様。

　　病院の場合は以下の項目もご記入ください

　フリガナ

**連携室担当者名**　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

**職　種**　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

**連携室のメールアドレス**　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

申込書送付先：新潟医療センター・地域医療連携室

　FAX : 025-233-1246

　メールアドレス：renkei@niigata-medical.jp

　郵送：〒950-2022　新潟市西区小針3丁目27番11号