

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