**受入医療機関　登録承諾書**

下記のとおり、岐阜県在宅療養あんしん病床確保事業の受入医療機関として登録し、患者の体調の変化等により、一時的に在宅での療養が困難となった場合に、かかりつけ医（登録医）の求めに応じ、入院、治療を受けるための病床を確保し、スムーズに入院できるよう、迅速に適切な対応をすることを承諾いたします。

令和　　　年　　　月　　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 医療機関名 |  |
| 代表者氏名 | 印 |
| 所在地等 | 〒　　　－  住所：  代表電話番号：　　　　　－　　　　　－  FAX番号：　　　　　 －　　　　　－ |
| 入院申請先 | 担当課：  担当者名：  上記の代表電話番号以外に直通の電話番号があれば記載して下さい。  電話番号：　　　　　　　－　　　　　　　－  FAX番号：　　　　　　　－　　　　　　　－ |

岐阜県医師会長　殿