**別紙**

地域医療連携マネジメント研修申込者は受講申込書　**標準様式2**に加えて下記に所属する

医療機関に関する情報を記入し提出してください。

申込者氏名

所属機関名

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 経営主体  (〇で囲む) | 国・都道府県・市町村・医療法人(社団・財団)・  社会医療法人・社会福祉法人・公益法人・その他 | 病　床　数 | 床 |
| 病院の種類  (〇で囲む) | 特定機能病院・地域医療支援病院・一般病院・  療養型・精神・その他 | 所在二次  医療圏名称 | 都道府県  圏 |