**藤田あんしんネットワークご入会のご案内**

　藤田あんしんネットワークのご入会方法に関する具体的手続・流れは、以下のとおりです。

1. 入会を希望くださる医療機関は**別紙（様式①号）**入会申込書に必要事項を記入の上、本ネットワーク事務局（藤田医科大学事務局総務部）にご提出ください。

* ご提出先

藤田医科大学事務局総務部　藤田あんしんネットワーク事務局

〒４７０－１１９２

愛知県豊明市沓掛町田楽ヶ窪１番地９８

電話：０５６２－９５－３８３２　　FAX：０５６２－９３－４５９３

②　ご提出後、2週間以内に入会金及び年会費をお支払いください。

* 入会金及び年会費

＜入会金＞

・無床診療所、有床診療所（病床数１～１９床）　　　　３，０００円

・病院（病床数２０床～９９床）　　　　　　　　　　　５，０００円

・病院（病床数１００床以上）　　　　　　　　　　　１０，０００円

＜年会費＞

・無床診療除、有床診療除（病床数１～１９床）　　　　１，０００円

・病院（病床数２０床～９９床）　　　　　　　　　　　２，０００円

・病院（病床数１００床以上）　　　　　　　　　　　　３，０００円

* お振込先

三菱UFJ銀行　　鳴海支店　　普通口座

口座番号　４３７３１７

口座名義　（学）藤田学園

(ﾌﾘｶﾞﾅ)　　ガク）フジタガクエン

**別紙（様式①号）**

**藤田あんしんネットワーク事務局　宛**

**藤田あんしんネットワーク入会申込書**

　藤田あんしんネットワークへの入会を希望します。

　なお、申し込みにあたっては、藤田あんしんネットワーク利用規約を遵守することを誓約します。

**（申込医療機関）**

|  |  |
| --- | --- |
| 医療機関名 | (ﾌﾘｶﾞﾅ)　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 病床数  床 |
| 管理者名 | (ﾌﾘｶﾞﾅ) |
| 開設者名 | (ﾌﾘｶﾞﾅ) |
| 所在地 | 〒　　　　－ |
| 連絡先 | 電話番号    メールアドレス |
| ホームページURL |  |
| 担当窓口 | 部署名    担当者氏名 |

**【本申込書作成者】（自署でお願いします）**

　氏　名

藤田あんしんネットワークでは、地域の医療安全の強化をめざしており、会員施設が一丸となって取り組んでいることを広く地域にご理解いただくため、会員施設名を本ネットワークのホームページ上に掲載することといたしました。貴施設名・住所の掲載をご承諾くださいますようおねがいいたします。

**藤田あんしんネットワークのホームページに、**

**施設名・住所・ホームページURLを掲載することを**

**（　承諾します　・　承諾しません　）**