

広域災害・救急医療情報システム(EMIS)登録票

記入日	令和 年 月 日
記入者(所属・職名)	
記入者カナ	
記入者名	
連絡先電話番号	

■各項目を記入してください。

開設者種別	※下記開設者種別より該当する開設者コードを選択してください。			
開設者種別	01 国の行政機関 05 消防本部 09 3次医療機関 13 その他関係者	02 都道府県 06 消防署所 10 医師会 14 その他機関	03 市町村 07 1次医療機関 11 血液センター	04 保健所 08 2次医療機関 12 休日夜間診療所
フリガナ				
医療機関 正式名 (医療法届出正式名称)				
フリガナ (40文字以内)				
医療機関 略称名 (20文字以内)				
郵便番号				
フリガナ				
医療機関所在地				
二次医療圏	※下記より該当する二次医療圏を選択してください。			
二次医療圏	01 横浜北部 05 川崎南部 09 県央	02 横浜西部 06 横須賀・三浦 10 相模原	03 横浜南部 07 湘南東部 11 県西	04 川崎北部 08 湘南西部
代表電話番号				
その他電話番号(直通等)				
FAX番号				
その他FAX番号				
メールアドレス				

＜問合せ先(提出先)＞
 神奈川県 健康医療局 医療危機対策本部室 災害医療グループ
 電話 045-210-4634(直通)
 ファクシミリ 045-633-3770