

丸の内病院連携医申請書

年 月 日

丸の内病院院長殿

郵便番号： 〒 _____

医療機関所在地： _____

電話番号： (_____) _____

ファックス番号： (_____) _____

医療機関名称： _____

診療科目： _____

(ふりがな)

連携医師名： _____

連携医番号： _____ 当院で記入しますので記入不要です

メールアドレス： _____ 必ずしも必要ありません
(診療に関する情報を提供します)

丸の内病院ホームページへの掲載を (諾 不諾)
(どちらかを○で囲んで下さい)

丸の内病院医療連携システム