

登録医申込書 記入例

名古屋市立大学病院病診連携システム登録医申込書

平成27年12月10日

(あて先) 名古屋市立大学病院長

名古屋市立大学病院病診連携システムの趣旨に賛同し、登録を申し込みます。

主

医療機関名	〒467 ナゴヤシッタイカクビョウイン 名古屋市立大学病院
医療機関所在地	〒467 ナゴヤシニスホクミスホチョウカワスミ1 (〒 467 - 8602) 名古屋市瑞穂区瑞穂町川邊1
電話番号	(052) 858 - 7150
FAX番号	(052) 858 - 7156
標榜科	内科、外科、整形外科
URI	http://w3hosp.med.nagoya-cu.ac.jp/
Eメールアドレス	renkei@~
※当院ホームページへの掲載を <input checked="" type="checkbox"/> 希望します <input type="checkbox"/> 希望しません (掲載項目：医療機関名、住所、電話番号)	

FAX番号、標榜科、URL、
Eメールアドレスは、ホーム
ページには掲載しません。

	登録医氏名	登録医師会・歯科医師会	専門科目・専門分野
氏名	〒467		
氏名	〒467		
氏名	〒467		

加入されている医師会名をご記
入ください。