

名古屋市立大学医学部附属病院 病診連携システム登録医療機関申込書

令和 年 月 日

(あて先) 名古屋市立大学病院長

名古屋市立大学医学部附属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。

医療機関名	フリガナ _____
代表者名	フリガナ _____
医療機関所在地	フリガナ (〒 _____)
電話番号	(_____) _____
FAX番号	(_____) _____
保健医療機関コード	
標榜科	
U R L	
Eメールアドレス	
※当院ホームページへの掲載を <input 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)	

(お問い合わせ先) 名古屋市立大学病院 地域医療連携センター

電話：052-858-7150

FAX：052-858-7136