

# Patient Registration Form (for proton therapy only)

<診療申込書（陽子線治療科専用）>

(address) <宛先>

NAGOYA CITY UNIVERSITY WEST  
MEDICAL CENTER

(community health & welfare  
coordination counter)

FAX No.

+81-52-991-8161

名古屋市立大学医学部附属

西部医療センター

(地域医療連携センター)

FAX 番号 (052) 991-8161

Applicant hospital/clinic <申込医療機関>

Hospital/clinic name \_\_\_\_\_

Doctor's name \_\_\_\_\_

Phone No. \_\_\_\_\_

Fax No. \_\_\_\_\_

Application date (YYYY/MM/DD) \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Patient <患者>

Name

Sex

Date of birth  
(YYYY/MM/DD)

Phone No. :           —           —

M    F

/    /

Address or accommodation in Japan

<NOTICE>

Please send us not only this form but the letter of introduction (patient referral document)  
by FAX. <診療情報提供書も一緒に FAX お願いします>