

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.

+81-52-856-0049

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) 856-0049

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>		Sex	Date of birth (YYYY/MM/DD)
Name		M F	/ /
Phone No. :	- -		
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>