

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	() —
F A X 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 ☐ 希望します ☐ 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

F A X：052-858-7136