名古屋市立東部医療センター開放型病床利用登録申請書

利用登録医記載欄

私は名古屋市立東部医療センター開放型病床実施要領、運用細則を承諾の上、その病床を利用し共同診療を実施したいので登録を申し込みます。			
医療機関名			
医師氏名			
住所	郵便番号		
電話番号	－　　－	FAX番号	－　　－
登録申込年月日		令和　　年　　月　　日	

病院記載欄

名古屋市立東部医療センター開放型病床共同利用者として登録いたします。 名古屋市立東部医療センター病院長　　村上　信五	
登録年月日	
登録番号	

※共同診療については事前に地域医療連携センターへご連絡いただき、当院主治医と調整の上ご来院いただくようにお願いいたします。