

名古屋市立大学医学部附属東部医療センター  
病診連携システム登録申請書

年 月 日

名古屋市立大学医学部附属東部医療センター

病院長 大手 信之 様

郵便番号 : 〒 \_\_\_\_\_

医療機関所在地 : \_\_\_\_\_

電話番号 : ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

FAX番号 : ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

医療機関名 : \_\_\_\_\_

医療機関代表者 : \_\_\_\_\_ 印

主たる診療科目名 : \_\_\_\_\_

本院は、名古屋市立大学医学部附属東部医療センター病診連携システムの趣旨に賛同し、同実施要綱第3条第1項の規定に基づき、貴院の連携医として上記のとおり登録を申請します