星ヶ丘医療センター

連携かかりつけ登録医医療機関申込書

　年　　　　月　　　　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 医療機関名 | （フリガナ） |
|  |
| 職名・代表者 |  | 氏　名 | （フリガナ） |
|  |
| 診療科 |  |
| 所在地 |  |
| 電話番号 |  |
| FAX番号 |  |
| ホームページURL |  |
| E-MAIL |  |
| 当院ホームページ「連携登録医のご紹介」へ　　掲載希望する | 希望する　□　　　　希望しない□ |
| 連携登録医証発行について | 希望する　□　　　　希望しない□ |
| 連携登録医証用　額縁（無料） | 希望する　□　　　　希望しない□ |