

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	<input type="checkbox"/>	希望しない <input type="checkbox"/>
連携登録医証発行について	希望する	<input type="checkbox"/>	希望しない <input type="checkbox"/>
連携登録医証用 額縁 (無料)	希望する	<input type="checkbox"/>	希望しない <input type="checkbox"/>