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 |  | | | | |
| F A X 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（無料） | | | | □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 | |