

(様式 1)

登録番号	※
------	---

(※は東京医療センター記入欄)

独立行政法人国立病院機構東京医療センター

地域医療連携 登録医 申請書

フリガナ 医療機関名			
標榜診療科			
院長名			
フリガナ 申請希望医師名		診療科	印
フリガナ 申請希望医師名		診療科	印
フリガナ 申請希望医師名		診療科	印
郵便番号	〒		
所在地			
電話番号			
FAX番号			
ホームページ (リンク希望の場合)			

上記のとおり、貴院の地域医療連携の登録医を希望します。
診療情報の閲覧に当たっては不必要な部分を閲覧せず、守秘義務を遵守します。

年 月 日

独立行政法人国立病院機構
東京医療センター
院長 新木 一弘 殿

地域連携室長	地域連携係長	係 員