登録届

令和　　年　　月　 日

名古屋市西部医療センター　　　　御中

郵便番号　　　　〒　　　　　ー

医療機関所在地

電話番号　　　　(　　　　　）　　　　　ー

ＦＡＸ番号　　　(　　　　　）　　　　　ー

医療機関名　 【　　　　　　　　　　　　　　　　 　】

診療科目　　 【　　　　　　　　　　　　　　　　 】

医療機関コード【　　　　　　　　　　　　　　　　 　　】

登録医師名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 印

　私は、名古屋市西部医療センター病診連携システムの趣旨に賛同し、実施要網２条１項に従い登録します。

記入されましたら、西部医療センター地域医療連携室にＦＡＸをお願いします。

西部医療センター地域医療連携室　　　（原本は郵送をお願い致します）

直通ＦＡＸ番号　＜052-991-8161＞

※　尚、「登録届」に記入していただいた内容は当院ホームページ(病診連携先検索ページ）　 　に掲載させていただきますので、ご了承の程、宜しくお願い申し上げます。