登録届

令和　　年　　月　　日

名古屋市立大学医学部附属西部医療センター　　　　御中

郵便番号　　　　〒　　　ー

医療機関所在地

電話番号 （　　　　）　　　―

FAX 番号 （　　　　）　　　―

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。

ご記入後、ＦＡＸをお願いします。（原本は郵送お願い致します）

名古屋市立大学医学部附属西部医療センター

地域医療連携センター

ＦＡＸ番号：052-858-0049

※　尚、「登録届」に記入していただいた内容は当院のホームページ(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。