連携登録医療機関申請書

医療機関名				还長氏名: 二業大学:	
住所		〒 −			
電話番号		TEL		FAX	
URL		h t t p : //			
週間診療予定					
診療科目		□内科 □循環器科 □神経内科 □眼科 □内分泌 □婦人科 □歯科 □その他(□外科□呼吸器科□心療内科□リウマチ科□人工透析□皮膚科□産科	□整形外科 □脳神経外科 □精神科 □泌尿器科 □形成外科 □放射線科 □リハビリテーション科)	
訪問診療有無		有		無	
□当院ホ		ームページにリンクする		□ リンクしない	
記入不要	受付日 登録日	年 年	月 月	日日	

上記の内容で当院の医療連携室に登録させて頂きます。内容に変更等が生じましたらご連絡下さい。

東京共済病院 患者支援センター

〒153-8934 東京都目黒区中目黒2-3-8 TEL 03-3792-6699(直通) FAX 03-3712-1199