独立行政法人地域医療機能推進機構

中京病院

病診連携システム　登録医登録・取消　届

（名古屋市医師会会員以外）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **登録医** | **登録**  **取消** | **届** |

　　　　　　　　　　※登録or取消に〇を付けてください。

　　　年　　　月　　　日

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 郵便番号 |  | 〒　　　　－ |  | |
| 貴医療機関所在地 |  |  | | |
| 電話番号 |  |  | | |
| ＦＡＸ番号 |  |  | | |
| 貴医療機関名 |  |  | | |
| 診療科名 |  |  | | |
| 登録医師名 |  |  | |  |

ご記入いただきましたら、下記までFAXをお願い致します。

|  |  |
| --- | --- |
| 独立行政法人地域医療機能推進機構　中京病院  地域医療連携･相談室 | |
| ＦＡＸ | ０５２－６９１－６０５３ |
| 電話番号（直通） | ０５２－６９１－６８８６ |