

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
登録医 届
取消

※登録 or 取消に○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