

聖マリアンナ医科大学東横病院 医療支援連携室 行

令和 年 月 日

連携医療機関(連携登録医)について

連携医の登録  諾  否 ※どちらかに☑をお付けください。

医療機関名

---

代表者名

---

■■■登録を承諾いただける医療機関様は下記申込用紙のご記入をお願いします■■■

<聖マリアンナ医科大学東横病院 連携医療機関(連携登録医)申込用紙>

医療機関所在地	〒 _____
電話番号	
FAX番号	
標榜診療科	
当院のホームページに、貴院名並びに貴院ホームページのURLを掲載させて頂きたいと 存じます。ご了解頂けますなら、URLの記載をお願い致します。	
ホームページの有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
URL	http

※ご記入いただいた個人情報は、連携医療機関(連携登録医)業務に関わる目的にのみ使用し  
 他の目的には使用いたしません。

(聖マリアンナ医科大学東横病院記入欄)

登録日	令和 年 月 日
登録番号	

(お問い合わせ先)

聖マリアンナ医科大学東横病院

医療支援・連携室 吉田

TEL 044-722-2121