

令和 年 月 日

医療連携登録申請書

(宛先) 名古屋徳洲会総合病院 病院長 様

名古屋徳洲会総合病院登録医制度の趣旨に賛同し、緊密な連携を図るため、登録医として申請します。

1. 医療機関情報

ふりがな 医療機関名	
代表者名	(職名) (氏名)
所在地	〒 —
電話番号	() —
FAX 番号	() —
ご案内	送付 ・ メール (メールアドレスを次に記入してください)
メールアドレス	
ホームページ掲載 ※	希望する ・ 希望しない

※当院のホームページに貴院の情報を当院の登録医として表示させていただきます。

2. 医師情報

ふりがな 氏名	役職	診療・専門科目

ご記入いただきました個人情報は、医療連携業務以外の目的には使用いたしません。

お申込み・お問合せ先

〒487-0016 春日井市高蔵寺町北 2-52

名古屋徳洲会総合病院 医療連携室 登録医制度担当：若山

TEL 0568-51-8711 FAX 0568-51-7115