

FAX 04-7164-1197

# 連携登録医療機関申請書

東京慈恵会医科大学附属柏病院長 殿

年 月 日

東京慈恵会医科大学附属柏病院の連携登録医療機関として登録を申請します。  
なお、登録の際は、東京慈恵会医科大学附属柏病院連携登録医療機関規程を厳守します。

医療機関名									
施設種別	病院 ・ 診療所 ・ その他( )								
院長名(代表)									印
所在地	〒								
最寄駅	線			駅		徒歩		分	
電話番号									
FAX番号									
標榜科									
得意とする分野 専門等									
病床数	床			在宅診療の実施 (訪問診療)			有 ・ 無		
診療時間 (受付時間)	時間	月	火	水	木	金	土	日	祝
	午前								
	午後								
連携登録医療機関として東京慈恵会医科大学附属柏病院内への掲示および当院ホームページへの掲載について							同意する ・ 同意しない		
貴院ホームページの有無							あり ・ なし		
当院ホームページ上でのリンク設定							希望する ・ 希望しない		
ホームページ リンク先URL									
事務担当者 (連携担当者)									