

名古屋医療センター一病診連携申込書

秋涼の候、時下ますますご清祥のこととお慶び申し上げます。この度は当院との病診連携システム登録をご希望頂き、誠にありがとうございました。

手続きの為、下記をご記入の上、地域連携室へFAX(052-951-1207)をお願い致します。

登録完了後、当院の診療予約方法・診療体制・診療状況等を掲載した「名古屋医療センター診療ガイドブック」を郵送させていただきます。

今後ともよろしくお願ひ申し上げます。

住所 〒 _____

氏名 _____

診療所名 _____

電話番号 _____

FAX番号 _____

【お問い合わせ先】

独立行政法人国立病院機構

名古屋医療センター

地域医療連携室

TEL: 052-951-1206