

宛先:総合犬山中央病院 地域連携支援センター【FAX】0568-62-8222

総合犬山中央病院 連携登録申込書

医療機関名	
院長名	氏名
医師登録番号	生年月日 年 月 日
郵便番号・所在地	〒
電話番号・FAX 番号	TEL FAX
e-mail(任意)	
診療科目 (○をつけて下さい)	内科(消化器・呼吸器・糖尿病・腎臓・血液・循環器・神経) 外科(消化器・呼吸器・乳腺・血管・心臓・肛門) 整形外科・リハビリ科・脳神経外科・形成外科・皮膚科 泌尿器科・産科・婦人科・小児科・眼科・耳鼻咽喉科 リウマチ科・精神科・心療内科・麻酔科・ペインクリニック
分野・専門医等の資格	
診療時間	午前:()午後:()
休診日	
在宅医療提供	有 無

*お預かりした個人情報は適切に管理し、医療連携の目的以外には利用致しません。

上記のとおり、総合犬山中央病院の連携医に申し込みます。

年 月 日

医療機関名 :

院長名 :

印