

近畿大学奈良病院

連携登録医申込書

(FAX 送付先 : 0743 -77- 0902)

近畿大学奈良病院

病院長 村木 正人 殿

地域医療の発展および質の高い適切な医療の効率的提供のため、地域の医療機関との機能分担を図り信頼関係のある病診・病病連携を推進することを目的とした貴院の連携医登録の主旨に賛同し、登録申込みします。

申込日	令和 年 月 日
医療機関名	
院長名	
標榜診療科	
住所	〒
TEL 番号	
FAX 番号	
E-mail	