

宛先 東京高輪病院 地域連携室 F A X 03-3443-9570

連携医療機関登録届出書

平成 年 月 日

東京高輪病院 殿

住所 _____

医療機関名称 _____

電話 _____

F A X _____

ふりがな
医師名 _____

※ 貴院の判でも結構です。

登録制度の主旨に賛同し、登録を届出ます。

以下につきましては、○で囲んでください。

1. 当院HPへの掲載 (承諾する。 承諾しない。)
2. フリーパスの発行 (希望する。 希望しない。)