東大病院記入欄

|  |  |
| --- | --- |
| 登録年月日：　　　　　年　　　月　　　日 | 登録番号：第　　　　　　　号 |

 **医療連携機関登録申込書**

東京大学医学部附属病院　宛

（西暦）　　　　　年　　月　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 医療機関コード | 　　　　　　　　　　　　　代表者名 |
| 医療機関カナ |  |
| 医療機関名 |  |
| 住 所 | (〒 　 ― 　 ) |
| 開院日 | （西暦）　　　　年　　月　　日　　 保険診療 （　　有　　・　　無　　）　　　　　　　　　　　　　 自由診療　（　　有　　・　　無　　）　　 |
| 電話番号 | (　　　　　　　　)　　　　　　　　― |
| FAX番号 | (　　　　　　　　)　　　　　　　　― |
| メールアドレス | 　　　　　　　　　　　　　　＠　　　　　　　　　　　　　　　　　　　※東大病院から、上記メールアドレスへ東大病院の最新情報等の送信について　例）専門外来の案内、東大病院連携会の情報等（　　可　　・　　否　　） |
| ホームページアドレス | URL：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　※東大病院ホームページ上に連携施設として、貴医療機関名の記載とホームページへのリンクや医療機関検索等について　（　　可　　・　　否　　） |
| その他・当院とのこれまでの連携実績等・広報誌の内容についての要望等 |  |
|  　　　　　 申込・登録担当部署/担当者名 | 担当部署名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）担当者名　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）電話番号　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）※代表者と担当者が異なる場合記載してください。同じ場合は記載不要です。 |