

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	<p style="text-align: center;">@</p> <hr/> <p>※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)</p>		
ホームページ アドレス	<p>URL :</p> <hr/> <p>※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)</p>		
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	<p>担当部署名 ()</p> <p>担当者名 ()</p> <p>電話番号 ()</p> <p>※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。</p>		