

医療法人 川崎病院
地域医療連携室 宛

送信先
FAX: 078-511-3297



連携医申請書

川崎病院病診連携の連携医となることを希望します。

■連携医情報

医療機関名		院長名	
所在地			
電話番号			
* 標榜診療科			
* 重点診療科	(糖尿病、甲状腺、乳腺外科など)		
* ホームページの有無 (チェックを入れて下さい)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	⇒ 川崎病院 ホームページのリンク (チェックを入れて下さい)	<input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない
* 他先生のご登録がありましたら以下ご記入下さい。			
	お名前		専門診療分野
フリガナ			
登録医師名			
フリガナ			
登録医師名			
その他 (ご希望がありましたらご記載下さい)			