

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	フリガナ	
	院長名	
郵便番号・所在地		
電話番号	FAX番号	
標榜診療科	※ホームページに掲載する診療科は厚生局に届けている診療科となります	
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 \longrightarrow 川崎病院ホームページからのリンク (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)		