鎌ケ谷総合病院　医療連携登録申請書

下記表内に必要事項をご記入・ご確認のうえ、申請フォームから送信して下さい。

※FAX送信の場合は047-498-8666(地域医療支援室直通)に送信して下さい。

**※記入枠の大きさ（行数）は必要に応じて増やして頂いて結構です**

＜担当＞鎌ケ谷総合病院　地域医療支援室　TEL047-498-8111（代表）FAX047-498-8666（直通）

|  |  |
| --- | --- |
| 法人名[ ] 公開　[ ] 非公開 |  |
| 医療機関名称 |  |
| 院長氏名[ ] 公開　[ ] 非公開 |  |
| 院長先生の専門医・資格など | ※公開をご希望の場合のみこちらに入力願います |
| 所在地 | 〒 |
| 代表番号 |  |
| FAX[ ] 公開　[ ] 非公開 |  |
| 公式WEBサイトURL[ ] 公開　[ ] 非公開 |  |
| 標榜診療科目[ ] 公開　[ ] 非公開 |  |
| 専門外来[ ] 公開　[ ] 非公開 | ＜例＞禁煙外来、睡眠時無呼吸外来 など |
| 受付時間[ ] 公開　[ ] 非公開 |  |
| 休診日[ ] 公開　[ ] 非公開 |  |
| 受診時の注意点 |  |
| 患者様へのメッセージや特色などをご記入下さい |  |