**丸の内病院連携医申請書**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

丸の内病院院長殿

郵　便　番　号：　〒　 　－

医療機関所在地：

電　話　番　号： （　 　）　　 －

ファックス番号： （　 　）　 －

医療機関名称　：

診　療　科　目：

　　　　　　　　　（ふりがな）

連 携 医 師 名：

連 携 医 番 号：　　　　　　　　　　　当院で記入しますので記入不要です

メールアドレス：　　　　　　　　　　　　　　　必ずしも必要ありません

　　　　　　　　（診療に関する情報を提供します）

丸の内病院ホームページへの掲載を（　諾　　　不諾）

　　　　　　　　（どちらかを○で囲んで下さい）

丸の内病院医療連携システム