ＮＴＴ東日本関東病院 医療連携室

ＦＡＸ ０１２０－３４－４８１０

「医療連携協力医療機関制度」登録申請書

年　　　月　　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 貴院名 |  |
| 院長名 |  |
| 御住所 | 〒 |
| 電話番号 |  |
| 診療科目 |  |
| 対応可能言語 | 英語　・　中国語　・　その他（　　　　　　　　　　） |
| ホームページ | 有　　・　　無 |

※後日「覚書」を郵送させていただきます。