

医科 ・ 歯科 登 録 届

(該当に○をお付けください)

令和 年 月 日

日本赤十字社愛知医療センター名古屋第二病院
病診連携システム運営協議会 様

私は、日本赤十字社愛知医療センター名古屋第二病院病診連携システムの趣旨に賛同し、同システム登録医として登録します。

ふりがな

医科・歯科医師氏名

印

ふりがな

医療機関名

診療科目

郵便番号 〒 -

住 所

TEL ()

FAX ()

e-mail @

※毎月お送りする連携ニュースを e-mail でご希望の場合ご記入ください。

所属医師会・歯科医師会・班名

医師・歯科医師会 班