

連携医療機関登録申請書

令和 年 月 日

加賀市医療センター 病院長 様

加賀市医療センターの連携医療機関への登録を申請します

医療機関	医療機関名			
	ふりがな			
	院長氏名			
	所在地	(〒)		
	電話番号		FAX	
	標榜診療科名			
	メールアドレス			
	ホームページURL			
<p>連携医療機関として、加賀市医療センターのホームページへの掲載を</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 希望します <input type="checkbox"/> 希望しません</p> <p>加賀市医療センター内のデジタルサイネージに掲載を</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 希望します <input type="checkbox"/> 希望しません</p>				

- 注
- ・申請書は郵送または FAX により、下記宛てに送り下さい
 - ・ご記載頂いた個人情報に関しては、加賀市医療センター個人情報保護方針に則り適切に取り扱います

(加賀市医療センター記入欄)

登録年月日	令和 年 月 日
登録番号	

【お問い合わせ】

加賀市医療センター 地域連携センター
 〒922-8522 石川県加賀市作見町 36 番地
 TEL : 0761-72-1188 (代表)
 0761-76-5133 (直通)
 FAX : 0761-76-5161