別紙1

連携登録医療機関申請書

医療機関名	院長氏名： 卒業大学：
住所	〒　　－
電話番号	TEL　　FAX
URL	http：／／
週間診療予定	
診療科目	□内科　□外科　□整形外科　□胃腸・消化器科 □循環器科　□呼吸器科　□脳神経外科　□耳鼻咽喉科 □神経内科　□心療内科　□精神科　□アレルギー科 □眼科　□リウマチ科　□泌尿器科　□腎臓内科 □内分泌　□人工透析　□形成外科　□小児科 □婦人科　□皮膚科　□放射線科　□麻酔科 □歯科　□産科　□ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ科 □その他（　　）
訪問診療有無	有　　無
□ 当院ホームページにリンクする　　□ リンクしない	
記入不要	受付日　　年　　月　　日 登録日　　年　　月　　日

上記の内容で当院の医療連携室に登録させて頂きます。内容に変更等が生じましたらご連絡下さい。

東京共済病院　地域医療センター
〒153－8934　東京都目黒区中目黒2－3－8
TEL　03－3792－6699(直通)　FAX　03－3712－1199