埼玉医科大学国際医療センター地域医療連携室宛　FAX　042-984-4740

令和　　年　　月　　日

医療連携施設登録申込書

埼玉医科大学国際医療センターとの

医療連携施設登録を希望します。

|  |  |
| --- | --- |
| 医療機関名 |  |
| 院長名 |  |
| 住所 | 〒 |
| 電話 |  |

地域医療連携室より、ログインコードとパスワード、医療連携施設の証を郵送させていただきます。