

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。