

# 連携登録医療機関登録申込書

川崎市立井田病院

病院長 伊藤 大輔 あて

川崎市立井田病院の「連携登録医療機関」の登録を申請します。

年 月 日

(ふりがな) 医療機関名	
(ふりがな) 代表者のお名前 (医師)	
郵便番号・住所	
電話番号	
FAX 番号	
E-MAIL(PC のアドレス)	
主たる診療科	
情報公開について	連携登録医療機関として医療機関名を井田病院内及びホームページなどに公開することについて ( ) 同意します・( ) 同意しません ※いずれかに○をお付けください。
登録医療機関証を掲示するフレームについて	希望 ( ) する ( ) しない 希望する場合、 ( ) 壁掛けタイプ・大(A4) ( ) スタンドタイプ・大(A4) ( ) スタンドタイプ・小(2L) ※希望の有無、希望する場合はフレームタイプに○をお付けください。
当院からのご案内等の受け取り方法	( ) ご記入いただきました E メールアドレス ( ) 郵送及び E メール両方 ( ) 郵送のみ ※いずれかに○をお付けください。

※井田病院地域医療部の FAX 番号 044 (788) 0594