

年 月 日

とちぎメディカルセンターしもつが
病院長 北澤 正文 殿

在宅療養後方支援病院連携登録医申込書

このたび、とちぎメディカルセンターにおける在宅療養後方支援病院連携登録を次のとおり
申し込みをいたします。

項 目	内 容
医療機関名	
氏 名	
所 在 地	住 所:〒 TEL: FAX: 緊急連絡先:
診療科目	

.....
(TMC 使用欄)

登録番号		登録年月日	
------	--	-------	--

法人本部 総合連携推進部	関係者回付							