

令和 年 月 日

在宅療養後方支援病院連携登録医申込書

とちぎメディカルセンターとちのきにおける在宅療養後方支援病院連携登録を次の通り申し込みいたします。

項目	内容
医療機関名	
氏名	
所在地	〒 ご住所 : TEL : 緊急連絡先 :

とちぎメディカルセンターとちのき
地域医療連携室