年　月　日

とちぎメディカルセンターとちのき
病院長　近藤　悟　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							