

春山記念病院地域連携室行

FAX 03-5337-7336 (連携室専用)

春山記念病院 連携医療機関 登録申込書

年 月 日

春山記念病院院長

春山記念病院の連携医療機関として登録を申し込みます。

医療機関名	
代表者氏名	
住所	(〒 -)
電話	
FAX	
ホームページURL	(<input type="checkbox"/> リンク可)
標榜科目	
在宅診療（訪問診療）の実施	
春山記念病院ホームページへの掲載	<input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない
特記事項	

※登録申込書はFAXにて送っていただきますようお願い致します。

※登録医療機関の情報は、当院院内掲示は市区町村ごとに医療機関名のみ、当院ホームページは医療機関名・住所・電話番号等の掲載を予定しております。

〒169-0073 東京都新宿区百人町1-24-5

医療法人社団広恵会 春山記念病院 地域連携室

TEL 代表：03-3363-1661

FAX（専用）：03-5337-7336