

# 連携登録申請書

福島労災病院連携登録医となることを希望しますので申請します。

令和 年 月 日

申請者氏名	
医療機関名称	
標榜科目	
電話番号	
FAX 番号	
メールアドレス	
貴院 WEB サイト URL	

連絡事項（希望する内容を○で囲んでください）

福島労災病院院内掲示板及び福島労災病院ホームページに連携登録医として氏名・医療機関名称の掲載	可 ・ 否
メールマガジン（毎月1回外来診療担当表や病院行事等の情報を提供します）	要 ・ 不要
福島労災病院ホームページ上に掲載する連携登録医一覧に貴院 WEB サイトのリンク設定	希望 ・ 不要

送付先

福島労災病院地域医療連携室

電話 0120-002-181（FAX0120-126-610）

E-MAIL : renkei6031@fukushimah.johas.go.jp

