

医療法人友誼会 友誼会総合病院 地域医療連携室 行

FAX 072-641-4873

医療法人友誼会 友誼会総合病院 連携医療機関 登録申込書

フリガナ	
医療機関名	
医師名	
診療科	
在宅医療の実施	有 ・ 無

この度は、連携医療機関に登録申し込みいただきまして、誠に有難う御座います。
地域の患者様に継続的により良い医療の提供を行うため、連携強化をさせて頂ければ幸いです。
また、当院より、外来担当医一覧、当直医一覧等、各種情報を提供させていただきます。
お預かりした個人情報適切に管理し、医療連携の目的以外には利用いたしません。