

# 診 診 連 携 登 録 申 込 書

あいち肝胆膵消化器クリニック院長殿

20 年 月 日

貴施設名 \_\_\_\_\_

医師名 \_\_\_\_\_

私は貴院との診診連携に（ ）賛同し、登録いたします。  
（ ）登録いたしません。

\* ご登録いただける場合

貴施設ご住所 〒 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

登録希望医師名 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

FAX番号 \_\_\_\_\_

E-MAIL \_\_\_\_\_

ありがとうございました

あいち肝胆膵消化器クリニック  
院長 末永 昌宏

**FAX 番号 052-310-3331**