



パートナーとして「連携医療機関登録制度」にご参加をお願いいたします。

心臓血管研究所附属病院では、医療機関の皆様との連携をさらに深め、患者さんに切れ目のない良質な医療をご提供していくために「連携医療機関登録制度」を開始いたします。



- ①「医療連携証」を発行いたします(掲示をお願いいたします)
- ②当院ホームページに『連携医療機関』として
貴院を掲載させていただきます
- ③かかりつけ医のない患者様に、貴院をご紹介させていただきます
- ④情報誌ご提供や当院主催のセミナー・勉強会等のご案内をいたします
- ⑤今後、利便性の高い「診療予約システム」や「地域医療連携システム」などを導入し、さらに医療連携の仕組みを充実していきます

ご登録は裏面の規程をご覧の上、下記にご記入いただき、FAXか郵便でお送りください。

公益財団法人

心臓血管研究所附属病院長 殿



03(3408)2168

年 月 日

連携医療機関登録書

医療機関名 診療所・クリニック名			
診療科			
ご住所	〒		
代表者ご芳名(医師)		ご担当者名 (担当)	()
電話番号	()	FAX	()

当院ホームページへの貴院掲載	<input type="checkbox"/> 希望する	<input type="checkbox"/> 希望しない
心研「医療連携証」の発行	<input type="checkbox"/> 希望する	<input type="checkbox"/> 既に交付済 <input type="checkbox"/> 希望しない

交通機関	線	駅から	徒歩 ()分
	から		で ()分
e-mail	@		
ホームページ(URL)	http ://www.		