



令和 年 月 日

日本医科大学付属病院 医療連携ネットワーク窓口担当者登録用紙

平素より、当院との医療連携にご協力を賜り御礼申し上げます。

本ネットワークのご利用開始にあたり、セットアップのための専用ツールの配布等、今後の詳細なご案内を当院の職員よりメールにて差し上げます。

つきましては、恐れ入りますが本ネットワークの窓口となるご担当者の方のお名刺（メールアドレスの記載があるもの）を同封、もしくは下記にお名前等ご記入をお願い申し上げます。

医療機関の名称：

ご担当者名：

医療機関電話番号（代表）：

ご担当者様電話番号：

ご担当者様メールアドレス：

@
