

# 医療連携推進制度登録申込書

年 月 日

独立行政法人国立病院機構 沖縄病院

院長 大湾 勤子 殿

下記の通り、貴院の医療連携推進制度への登録を申請します。

フリガナ			
医療機関名			
標榜科			
フリガナ			
住所	〒		
電話番号		FAX番号	
E-mail※任意			
ホームページ (URL)			
担当者名			
掲示意向確認	ホームページ、院内掲示板に掲示を（希望する・希望しない） 貴院ホームページのリンクを（希望する・希望しない）		

<病院処理欄>

登録日： 年 月 日

登録番号：

問合せ先：独立行政法人国立病院機構 沖縄病院

地域医療連携室

<TEL>098-898-2121(代表)

<FAX>098-898-6433 地域医療連携室直通