

病診連携機関登録承諾書

記入日 年 月 日

岐阜大学医学部附属病院長 殿

岐阜大学医学部附属病院病診連携機関登録制度要綱を確認の上、病診連携登録機関となることを承諾します。

| | |
|------------|-----------|
| ふりがな | |
| 医療機関名称 | |
| ふりがな | |
| 代表者名 | 印 |
| 住所 | 〒 |
| 電話番号 | |
| F a x 番号 | |
| メールアドレス | |
| ホームページアドレス | 無 ・ 有 () |

※ 上記情報（代表者名、F a x 番号、メールアドレスを除く。）の本院内での掲示並びに本院ホームページ及び各種印刷物等への掲載の可否について、該当箇所にチェック願います。

可 不可 その他 ()

※ ご担当者の連絡先等を記入願います。

| | | | |
|------|--|---------|--|
| ふりがな | | 電話番号 | |
| 氏名 | | メールアドレス | |

【送付先／お問い合わせ先】

〒501-1194 岐阜市柳戸1番1

岐阜大学医学部附属病院医療連携センター

電話 058(230)7344 Fax 058(230)7035