新潟県立中央病院地域連携登録医申請書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日

新潟県立中央病院

院長　長谷川　正樹　　　殿

　私儀、新潟県立中央病院における地域医療支援の趣旨に賛同し、連携登録を申請します。

なお、連携登録医活動をおこなうに際しては、新潟県立中央病院の諸規定を遵守します。

住　　　所

医療機関名

氏　　　名　　　　　　　　　　　　　　　印

※　必要事項を記入のうえ、患者サポートセンターまで郵送あるいは持参願います。

※　連携登録医の承認は、病院長からの連携登録証の発行を持って代えます。

問合せ先

新潟県立中央病院　患者サポートセンター

電　話　　０２５－５２２－７７１１（代）

ＦＡＸ　　０２５－５２４－３２３２（専用）