名古屋セントラル病院病診連携システム

協力医 登録／取消 届

年　　月　　日

名古屋セントラル病院院長　殿

郵　便　番　号：〒　　－

医療機関所在地：

電　話　番　号：（　　）　　－

ＦＡＸ番号：（　　）　　－

医療機関名：

診療科目名：

協力医師名：

協力医番号：　　※本会で記入いたしますので協力医は記入しないで下さい。

私は、名古屋セントラル病院病診連携システムの趣旨に賛同し、同実施要領運用細則第２条を準用し、名古屋セントラル病院病診連携システムに（登録・取消）します。