送り先：**名豊病院　地域医療連携室 FAX：0565-53-5360**

E-mail：meiho-renkei@med-junseikai.or.jp

連携医療機関登録届出書

|  |  |
| --- | --- |
| 医療機関名称 | ふりがな |
|  |
| 代表者名 |  |
| 連携医療機関登録 | [ ] **希望します**[ ] **希望しません** |
| ※登録いただける医療機関様は以下についてもご回答お願いいたします。 |
| 当院ホームページへの記載 | [ ] 希望します　　　　　　　[ ] 希望しません |
| （歯科医療機関様へ）医科に関するご案内 | [ ] 希望します　　　　　　　[ ] 希望しません |
| （インターネット予約利用申込をまだされていない医療機関様）インターネット予約システム利用　　[ ] 希望します　　　　　[ ] 希望しません |

当院へのご意見・ご要望等ございましたらご記入ください。

|  |
| --- |
|  |