

連携登録医療機関申込書請求用紙

「近畿大学奈良病院 連携登録医申込書」を請求いたします。

申込日		
貴院名		
担当者		
住所	〒	
連絡先	電話番号	
	FAX番号	
	mail	
申込理由		

ご登録までの流れ

- ①本書の必要事項記入のうえ、患者支援センターにFAXください。
- ②確認後、当院より申込書をメール（ない場合FAX）でお送りいたします。
- ③申込書に記入いただきお送りください。Mailでの添付、FAX、郵送どれでも可
- ④登録確認後、「連携医証」「連携ファイル」をお届けいたします。
当院で情報掲載に同意いただける場合、院内HP等でも掲示いたします。
- ⑤当院から受け取った連携医証は院内にご掲示ください。

お問い合わせ先：患者支援センター TEL：0743-77-0880
FAX：0743-77-0902