

苫小牧市立病院 連携医療機関登録申請書

苫小牧市立病院長 様

当院は、苫小牧市立病院の連携医療機関として登録を申請いたします。

年 月 日

医 療 機 関 名	
医 師 名 (代表医師若しくは病院長様)	
医 療 機 関 所 在 地	
電 話 番 号	
F A X 番 号	
E メール ア ド レ ス (Eメールでの連絡が可の場合)	
当 院 ホ ー ム ペ ー ジ 内 連 携 医 療 機 関 一 覧 へ の 掲 載	<input type="checkbox"/> 掲載可 (貴院名のみ掲載) <input type="checkbox"/> 掲載可 (貴院名掲載 + 貴院ホームページへのリンク設定) <input type="checkbox"/> 掲載不可

申請書提出先・お問合せ先

苫小牧市立病院 患者サポートセンター

【電話】 (0144) 84-0158

【FAX】 (0144) 33-4678

【Eメール】 renkei@tomakomai-city-hospital.com