

F A X 0 3 - 5 3 4 3 - 5 7 6 1

東京警察病院連携医登録申請書

一般財団法人 自警会 東京警察病院 院長 殿

年 月 日

東京警察病院の連携登録医療機関として、登録を申請します。
なお、登録の際は、東京警察病院医療連携規程を厳守します。

医療機関名

所在地
〒

最寄駅	線	駅	徒歩 バス	分 分
-----	---	---	----------	--------

電話番号

F A X 番号

(フリガナ)

院長名 (代表)

印

開業
標榜科

年 月 日生 (歳)
年 月

訪問診療の実施 有 ・ 無

連携登録医療機関として当院ホームページへの掲載・・・同意する・同意しない

※「連携医登録証」は、医療機関名で発行させていただきます。