令和　 　年　 　月　 　日

**獨協医科大学病院医療連携協力施設認定証申込書**

獨協医科大学病院

病院長　麻 生　好 正　行

「獨協医科大学病院医療連携協力施設認定証」の交付を希望いたします。

|  |  |
| --- | --- |
| 貴医療機関名 |  |
| 住所(所在地) | 〒 |
| 電話番号 |  | FAX |  |
|  |  |
| 略　歴 |  |
| 標榜診療科 |  |
| 診療情報提供書（紹介状） | □獨協指定の診療情報提供書（紹介状）の郵送を希望する【手書き】　□貴医療機関の様式等を使用する【電子カルテ】※どちらかにチェックを入れてください。 |

※当院ホームページより貴院ホームページへのリンクをご許可いただける場合は

　下記へＵＲＬをご記載ください。

**（ URL :　　　　　　　　　　 　　　　　　　）**

お申込みありがとうございます。お手数ですが、この用紙は地域連携・患者サポートセンター医療連携部門宛FAXをお願いいたします。また、ご不明な点等ございましたら下記にお問合せ下さい。

**送付先FAX：0282-86-5446**

獨協医科大学病院　地域連携・患者サポートセンター　医療連携部門

〒321-0293　栃木県下都賀郡壬生町北小林880番地

TEL：0282-87-2383　mail：renkei@dokkyomed.ac.jp

　※獨協医科大学病院記入欄

登録日　令和　　　年　　　月　　　日

|  |
| --- |
| 認定証No． |