

## 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	
院長名			
略歴			
標榜診療科			
診療情報提供書 (紹介状)	<input type="checkbox"/> 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】 <input type="checkbox"/> 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  
一医療連携部門宛 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.