**旭川医療センター連携医登録申請書**

　　年　　月　　日

　旭川医療センター院長　あて

（FAX送信　０１６６－５１－３７１１）

　旭川医療センター地域医療連携室　あて

旭川医療センターの連携登録医・連携登録医療機関に登録申請をします。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 　　医　療　機　関　名 | 名称及び代表者名 |  |
| 住 所電話・FAX | 〒☎　　　　　　　　　　　　　　FAX |
| ホームページE-mail |  　 有　・　無　　（リンク設定　　可　・　否　　）　 |
| 診 療 科 |  |
| 　医師の氏名 | ふりがな氏 名 |  |
|  ふりがな氏 名 | 　　　　 |
| ふりがな氏 名 |  |