**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 |  |