

登録医療機関施設申請書

登-別紙1

FAX 03-5261-4738

当院では、地域医療機関との連携を深め、紹介・逆紹介を円滑かつ効率的に行うため、「登録医療機関施設」のご登録をお願いしております。

(ふりがな)	
施設名称	
(ふりがな)	
院長・所長名	
住所	〒
電話	
FAX	
メールアドレス	@
診療時間	
休診日	
診療科目	
在宅医療を <input type="checkbox"/> 行っている <input type="checkbox"/> 行っていない	
往診可能な項目をチェックしてください。 <input type="checkbox"/> 往診可能 <input type="checkbox"/> 在宅末期診療 <input type="checkbox"/> 在宅酸素療法 <input type="checkbox"/> 在宅栄養管理（ <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> IVH） <input type="checkbox"/> インスリン自己注射患者指導 <input type="checkbox"/> 尿路カテーテル	
JCHO東京新宿メディカルセンターのホームページ等広報資料で 登録医療機関一覧に掲載することを <input type="checkbox"/> 希望する（ <input type="checkbox"/> 公式ホームページあり <input type="checkbox"/> 公式ホームページなし） <input type="checkbox"/> 希望しない	
申請された医療機関情報（メールアドレス以外）をもとに、リーフレットを作成いたします。 このリーフレットは、患者様の紹介先の参考資料として活用いたします。 登録医療機関リーフレットの作成を <input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない	
広報誌送付用メールアドレス _____@_____	

記載日 _____年 _____月 _____日

登録内容の変更または登録を辞退する場合はご連絡ください。

お手続き等でご不明な点がございましたら患者サポートセンターまでご連絡ください。

JCHO東京新宿メディカルセンター 患者サポートセンター

〒162-8543 東京都新宿区津久戸町5-1

電話03-3269-8115 FAX03-5261-4738