

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	□行っている	□行っていない
往診可能な項目をチェックしてください。		
□往診可能	□在宅末期診療	□在宅酸素療法
□在宅栄養管理 (□経管栄養	□IVH)	
□インスリン自己注射患者指導	□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		
□希望する (□公式ホームページあり □公式ホームページなし)	□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		
□希望する	□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