

## 藤田医科大学ばんだね病院 登録医申請書

医療機関名： \_\_\_\_\_

登録医師名： \_\_\_\_\_

住所： \_\_\_\_\_

TEL： \_\_\_\_\_

FAX： \_\_\_\_\_

※名古屋市医師会病診連携システムに参加される場合、  
名古屋市医師会に連絡をお願い致します。

<連絡先>

名古屋市医師会

TEL:052-937-7801

<FAX送信先>

藤田医科大学ばんだね病院 地域医療連携センター

FAX:052-323-5726