

藤田医科大学ばんだね病院 登録医 退会申請書

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ている場合、
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