

**F A X : 04 - 2948 - 2118**

独立行政法人国立病院機構 西埼玉中央病院  
地域医療連携室宛

独立行政法人国立病院機構 西埼玉中央病院 院長 殿

## 登 録 申 請 書

独立行政法人国立病院機構西埼玉中央病院における、地域医療連携に係る登録医療機関として登録申請をいたします。

令和 年 月 日

施設所在地

施 設 名 (登録医施設名)

申請者名 (登録医氏名)

施設電話番号

- ・ 貴院ホームページとのリンク  
 希望する [貴院 URL : http://www. ]  
 希望しない
- ・ 玄関ホールへの貴施設名パネルの掲示  
 希望する  
 希望しない
- ・ 登録医リーフレットの作成  
 希望する  
 希望しない
- ・ リーフレットの当院ホームページへの掲載及び外来ロビーでの掲示  
 希望する  
 希望しない

※登録医リーフレットの作成をご希望される場合は、別添の「登録医リーフレット記入用紙」を本申請書とともにご返信お願い致します。