

登 録 届

令和 年 月 日

名古屋第一赤十字病院

院長 錦見 尚道 様

所属歯科医師会

会長

印

本会会員より名古屋第一赤十字病院・地域歯科医師会病診連携システムの主旨に賛同し、下記の通り、(登録 ・ 登録取消) の書類が提出されましたのでよろしくお願い申し上げます。

登 録 登 録 医 届 取 消

郵便番号・班名：〒 _____ 班

医療機関所在地： _____

電 話 番 号： _____

F A X 番号： _____

フリガナ

医療機関名： _____

診療科目名： _____

フリガナ

登録医師名： _____ 印

私は、名古屋第一赤十字病院・地域歯科医師会病診連携システムの主旨に賛同し、同実施要綱第5条に従って、(登録 ・ 取消) します。