

申込日： 年 月 日

鳥取県立中央病院 院長 宛

連携医療機関証 申込書

鳥取県立中央病院の「連携医療機関」として、
下記のとおり希望します。

【医療機関】

貴医療機関名 (正式名称)	
所在地	〒
電話番号 FAX番号	
フリガナ 院長名	
標榜診療科	

※当院ホームページより、貴院ホームページのリンクのご許可をいただける場合は
下記へURLをご記載下さい。

(URL:)

お申込みありがとうございます。
お手数ですが、この用紙は入退院サポートセンター 地域連携にFAXをお願いいたします。
また、ご不明な点等ございましたら下記にお問い合わせください。

送付先FAX:0857-21-8507

鳥取県立中央病院 入退院サポートセンター 地域連携
〒680-0901 鳥取県鳥取市江津730
TEL:0857-21-8501(直通)