# い わき市医 療 セ ン タ ー
# 地 域 医 療 連 携 機 関 登 録 申 請 書

令和　　年　　月　　日

いわき市医療センター
院 長　杉　正 文　様

所　在　地

医療機関名

いわき市医療センター地域医療連携機関に次のとおり登録申請いたします。

| | |
|---|---|
| 医　療　機　関　名 | |
| 開　設　者　名 | |
| 住　　所 | 〒 |
| 電　話　番　号 | |
| ＦＡＸ　番　号 | |
| 主な診療科 | |
| 当センターの情報発信受け取り手段について | □FAX　・　□メール<br>希望する情報受け取り手段にチェックをお入れください。メールを希望される場合には、お手数ですが、support-center@iwaki-city-medical-center.jp に送信お願いします。 |
| 当センターホームページに貴院病院名・住所掲載の希望の有無について | □希望する　・　□希望しない |