

# 在宅医療連携病床 登録医療機関申込



地方独立行政法人

東京都健康長寿医療センター

医療機関名	フリガナ																											
所在地	(〒      -      )																											
電話番号																												
FAX番号																												
E-mail アドレス																												
外来日	<table border="1"><thead><tr><th></th><th></th><th>月</th><th>火</th><th>水</th><th>木</th><th>金</th><th>土</th><th>日</th></tr></thead><tbody><tr><td>午前</td><td>時 ~ 時</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>午後</td><td>時 ~ 時</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></tbody></table>			月	火	水	木	金	土	日	午前	時 ~ 時								午後	時 ~ 時							
		月	火	水	木	金	土	日																				
午前	時 ~ 時																											
午後	時 ~ 時																											
緊急時の連絡先																												
標榜科目																												

※お預かりした個人情報は東京都健康長寿医療センターの在宅医療連携病床利用以外の目的には一切使用いたしません。

登録医番号	
-------	--

※東京都健康長寿医療センター処理欄