

## 連携医申請書

地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター  
理事長 殿

私は、地方独立行政法人東京都健康長寿医療センターの連携医として、登録を申請します。

なお、患者情報の共有に際し、登録期間中・辞退後においても個人情報保護法等に則り、業務上知り得た個人情報を第三者に漏らしません。

令和 年 月 日

医療機関名称 ※法人名不要	ふりがな		
代表者氏名	ふりがな		役職
所在地	(〒 - )		
電話番号		FAX 番号	
E-mail			
最寄駅情報 (路線名、駅名等)	路線名 : _____ 駅名 : _____ 改札口 : _____		
	徒歩 _____ 分 その他 ( _____ )		
ホームページ URL	※当センターホームページへの掲載・リンクの貼り付け (可・不可)		
標榜科目			