

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	ふりがな		
氏名	ふりがな		
所在地	(〒 -)		
電話番号		FAX 番号	
E-mail			
ホームページ URL			
標榜科目			
コメント	(自院の PR 等をお書きください)		

※ 当センター内外に医療機関名等の掲示をご希望されない場合には、こちらへチェックをお願いいたします。
(掲示を希望しない)

※ お預かりした個人情報につきましては、適切に管理し、地域医療連携の目的以外には使用いたしません。