

送付票

FAX 03-3451-8345(地域医療連携部)

※ お申し込みは本票のみを送信下さい。

国際医療福祉大学三田病院 連携協議会 登録申込書

申込日	平成 年 月 日	
施設名		
院長名		
住所		
連絡先	TEL	FAX(※1)
URL(※2)		

※1 ホームページには掲載いたしません。

※2 ホームページを印刷の上、FAX いただいても構いません。

東京都がん診療 連携医療機関	未登録 ・ 登録済(胃癌・大腸癌・肝癌・肺癌・乳癌・前立腺癌)
-------------------	---------------------------------

※東京都がん診療連携医療機関へ登録済みの場合は、該当する癌種に○を付けて下さい。

国際医療福祉大学三田病院 連携協議会への登録を希望します。