

(様式6)

医療連携登録医制度

医療機器共同利用申込書

公立置賜総合病院 医療連携・相談室 宛 FAX 0238 (46) 5721

医療機関名 \_\_\_\_\_

登録医名 \_\_\_\_\_

Tel . \_\_\_\_\_ Fax . \_\_\_\_\_

下記のとおり、貴院の医療機器の共同利用を申し込みます。

フリガナ 患者氏名		性別 男・女
生年月日	大・昭・平・令 年 月 日 ( 歳)	
住所		
依頼内容	1 利用機器 <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> RI <input type="checkbox"/> その他 2 病状  3 当院受診歴 有・無	
その他		