

医療連携カード（連携医申請書）（西暦

年 月現在）

1 医療機関名		
フリガナ		
2 医師名		
生年月日 疋・囀・穈 年 月 日		
医籍登録番号 _____ (囀・穈 年 月 日)		
3 標榜科目 ① ② ③		
(主たる順に) ④ ⑤		
4 住所 〒		5 電話 ()
		FAX ()
6 最寄駅		7 駐車場 有・無
8 外来診療時間／休診日 《外来診療時間》 《休診日》		特記事項
9 入院 可 (床) ・ 不可		10 取り扱い 健保 ・ 労災 ・ 生保 ・ その他
11 得意とする（または専門）診療科目、診療技術 (1) (2) (3)		
12 医師のプロフィール：(出身大学、卒年度等記入いただければと存じます) 出身大学： (年度卒)		
13 JR 東京総合病院のホームページに貴院名・住所等の掲載を希望しますか はい ・ いいえ ホームページをお持ちの場合、JR 東京総合病院から貴院ホームページへのリンクを希望しますか (リンクをご希望される場合は下記にアドレスの記載をお願いいたします) はい ・ いいえ URL： _____		

