東京総合医療ネットワーク運営協議会　御中

年　　　月　　　日

東京総合医療ネットワーク運営協議会　入会申込書

　東京総合医療ネットワークの利用規程、個人情報保護方針を理解した上で、東京総合医療ネットワーク運営協議会に正会員として入会いたしたく申請いたします。

|  |  |
| --- | --- |
| 医療機関区分  （☑してください） | □ A会員（病院）　　　　　□ B会員（診療所） |
| 医療機関名 |  |
| 所　在　地 | 〒　　　　－ |
| 代表者氏名  （病院管理者） | フリガナ |
|  |
| 医療機関コード |  |
| ○連絡担当者 | |
| 氏　　名 | フリガナ |
|  |
| 所属・職位 |  |
| 電　　話 |  |
| ＦＡＸ |  |
| メールアドレス |  |

《東京総合医療ネットワーク運営協議会　事務局》

〒101-0062　東京都千代田区駿河台２－５

東京都医師会館４０４号

電　話：０３－５２１７－０８９６

ＦＡＸ：０３－５２１７－０８９８

〈事務局取扱欄〉 2018.10.3