

## 国立精神・神経医療研究センター病院

## 連携登録医 申請書

FAX 042-346-1681

作成日 年 月 日

国立精神・神経医療研究センター病院長 殿

当院は、国立精神・神経医療研究センター病院の連携登録医になることを希望いたしますので、登録をお願いいたします。

## 【基本情報】

医療機関名	フリガナ
所在地	〒
TEL/FAX	/
最寄り駅	( )駅から徒歩( )分 または( )にて( )分
登録医師名	
E-mail	
URL	
標榜科	
対象疾患等	

## 【診療体制】

診療時間	月曜	火曜	水曜	木曜	金曜	土曜	日曜
予約診療	<input type="checkbox"/> 初診 <input type="checkbox"/> 再診 <input type="checkbox"/> 初再診 <input type="checkbox"/> 不可						
予約方法	<input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> ネット <input type="checkbox"/> メール <input type="checkbox"/> FAX <input type="checkbox"/> その他( )						