独立行政法人

地域医療機能推進機構　北海道病院
連携登録医療機関届出書

医療機関名	
開設者名	
管理者名 （開設者と異なる場合）	
標榜診療科目 （主たる診療科に○）	
医療機関所在地	
電話番号	電話　（　　）　　－ FAX　（　　）　　－

独立行政法人地域医療機能推進機構　北海道病院連携登録医療機関として届出いたします。

平成　　年　　月　　日

開設者氏名　　印