

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。	
令和 年 月 日	
開設者氏名 印	