

連携医療機関登録申込書請求用紙

「大阪医科薬科大学病院 連携医療機関登録申込書」一式を請求いたします。

お申し込み日 令和 年 月 日

貴院名	
ご担当者	
ご住所	〒
ご連絡先	電話番号 () FAX 番号 ()

<ご登録までの流れ>

- ① 【貴院→大阪医科薬科大】本書をご記入の上、医療連携室に FAX してください。
- ② 【大阪医科薬科大→貴院】受信後、当院より申込書等の書類一式を郵送いたします。
- ③ 【貴院→大阪医科薬科大】運用要綱等をお読みの上、同意いただけましたら、「連携医療機関申込書」（様式 1）と「診療内容アンケート」をご記入いただき、医療連携室宛に郵送してください。
- ④ 【大阪医科薬科大→貴院】ご登録が完了しましたら、「連携証」と「連携プレート」を当院よりお届け、あるいは郵送いたします。
- ⑤ 【貴院】院内にご掲示ください。
- ⑥ 【大阪医科薬科大】院内に貴院名を掲示させていただきます。

※ご注意 これは申込書の請求用紙です。これをお送りいただいただけでは連携医療機関登録へのお申し込みにはなりません。

お問い合わせ・連絡先：医療連携室 直通電話 072-684-6338

送付先 FAX 番号 072-684-6339