

FAX 送付状

令和 年 月 日

<宛先>

山梨大学医学部附属病院

総合支援部

地域医療連携室

FAX 番号 055-273-9832

<送付元>

病院名 _____

ご担当者名（お問合せ先） _____

FAX 番号 _____

電話番号 _____

山梨大学医学部附属病院の地域医療連携登録医として申込みを希望します。

<添付書類>

医療連携登録医基本情報

地域連携アンケート

（上記作成済書類にレ点チェックしてください）

送付枚数 _____ 枚（本票含む）