

# FAX 送付状

令和 年 月 日

<宛先>

山梨大学医学部附属病院  
医療福祉支援センター  
地域医療連携担当者 宛て  
FAX 番号 055-273-2362

<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）