第１号様式

　　年　　月　　日

**登録医療機関申請書**

地方独立行政法人神奈川県立病院機構

神奈川県立こども医療センター総長　殿

　地方独立行政法人神奈川県立病院機構神奈川県立こども医療センター地域医療支援事業運営規程第4条第1項　に規定される登録医療機関の申請をします。

|  |  |
| --- | --- |
| 医療機関名 |  |
| 開設者名 |  |
| 診療科名 |  |
| 住所 |  |
| 電話番号 |  |
| FAX番号 |  |
| E－mail |  |

連携先の病院として、申請頂いた内容を当センターのホームページなど

に公表しております。公表を望まない場合、チェックをお願い致します。