年　　 月　　 日

順天堂大学医学部附属順天堂医院　難病連携医療機関登録申込書

　当機関は、順天堂大学医学部附属順天堂医院の「難病連携医療機関」に登録を申し込みいたします。

記　載　日　　　　　　年　　　月　　　日

医療機関名

院 長 名 印

(代表者名)

〒113-8431

東京都文京区本郷3-1-3

順天堂大学医学部附属順天堂医院

メディカル・コンシェルジュ（難病医療支援外来）

TEL:03-5802-1768

FAX:03-3818-7880