

見本

筑大病連携登録第●●●●●●号

医療機能連携登録証

●●●●●●病院 殿

地域医療連携の推進と医療の質向上に資することを目的として、貴院と筑波大学附属病院において医療機能連携協定を締結したことを証します。

平成●●年●●月●●日

筑波大学附属病院長

原 晃