

# イーツーカーネット

## 潰瘍性大腸炎病診連携システム 登録票

令和 年 月 日

診療所名

---

医師名

---

- ご登録いただける先生は上記にご記入をお願いいたします。
- 医師が複数名所属する診療所は、システムへ登録する全ての医師名をご記入ください。
- 静岡・清水を問わず静岡医師会事務局へ FAX（245-6137）又はメール（[info@shizuoka-city-shizuoka-med.jp](mailto:info@shizuoka-city-shizuoka-med.jp)）で送信してください。
- 登録診療所の一覧表を作成し、静岡医師会事務局よりシステム参加病院連携室へ情報提供いたしますので、ご了承ください。