

年 月 日

登録医申請書

私は、病診連携を行い、共に地域住民の健康増進、地域医療の向上のために
貴開放型病院登録医の申請をします。

住 所 _____
医療機関名 _____
代表者氏名 _____ 印
主な診療科 _____
電 話 _____
F A X _____

新行橋病院 院長 殿