

連携登録医申請書

年 月 日

藤沢市民病院 院長 様

私は、貴病院の連携登録医、連携登録歯科医となることを希望します。

登録する医療機関	医療機関名			
	住所	〒 ー		
	電話番号			
	FAX番号			
	ホームページアドレス	<input type="checkbox"/> ホームページ無し		
	* 当院ホームページへの掲載	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否		
登録医名	1	フリガナ (院長)		(診療科名)
	2	フリガナ		(診療科名)
	3	フリガナ		(診療科名)
	4	フリガナ		(診療科名)
	5	フリガナ		(診療科名)

登録医療機関に複数の医師が勤務する場合は、院長及び代表医師名をご記入ください。

* 当院では、ホームページに登録医療機関の一覧を掲載しています。

掲載している情報は「医療機関名称／所在地／電話番号／公式ホームページ」です。