

(別紙様式 1)

宛先 成田富里徳洲会病院 地域医療連携室

【F A X 0476-93-2010】

令和 年 月 日

登録医申請書

医療法人徳洲会

成田富里徳洲会病院

院長 荻野 秀光 様

医療法人徳洲会 成田富里徳洲会病院が推進する地域医療連携の趣旨に賛同し、登録を申請します。

申請者 _____ 印

医療機関	名称								
	所在地	(〒 -)							
	TEL		FAX						
	メールアドレス								
	標榜科								
	ホームページ	有 ・ 無	URL	http					
※当院ホームページへの掲載を <input type="checkbox"/> 希望します <input type="checkbox"/> 希望しません									
診療時間	診察受付時間	月	火	水	木	金	土	日	祝
	AM:								
	PM:								
	()								

(別紙様式 1-2)

医師名	性別	生年月日	専門科目
ふりがな	男 ・ 女	年 月 日	
ふりがな	男 ・ 女	年 月 日	
ふりがな	男 ・ 女	年 月 日	
ふりがな	男 ・ 女	年 月 日	
ふりがな	男 ・ 女	年 月 日	
ふりがな	男 ・ 女	年 月 日	
ふりがな	男 ・ 女	年 月 日	
ふりがな	男 ・ 女	年 月 日	
ふりがな	男 ・ 女	年 月 日	
ふりがな	男 ・ 女	年 月 日	

(成田富里徳洲会病院記入欄)

登録年月日	
管理番号	