

公立西知多総合病院 登録医申込書

年 月 日

公立西知多総合病院

病院長 宛

私は、貴病院の登録医となることを希望しますので、登録をお願いいたします。

医 療 機 関	名 称	
	所 在 地	〒
	電 話 番 号	
	FAX 番 号	
	診療科目名	
	E - m a i l	
	ホームページ	http://
	開 設 者	
	院 長	

登録を希望する医師名

フリガナ 氏 名	性 別	診 療 科
	男 ・ 女	
	男 ・ 女	
	男 ・ 女	

※ FAX 又は郵送で提出してください。

公立西知多総合病院記入欄

登録受付日	年 月 日
登録医番号	

公立西知多総合病院 地域医療連携室 直通

電 話：0562-33-9858

FAX：0562-33-0010