

令和 年 月 日

連携登録医申請書

成田赤十字病院長 宛

私は貴院の連携登録医制度の趣旨に賛同し、下記のとおり「連携登録医」への登録を申し込みます。

太線枠の中をご記入ください。

フリガナ 氏 名				印
フリガナ 医療機関名				
所在地	〒 _____			
TEL	— —	FAX	— —	
メールアドレス				@
緊急時連絡先	— —			
所属医師会				医師会
標榜科目				

地域医療連携課：処理欄

登録日 年 月 日 備考
登録番号 号