

兵庫県立尼崎総合医療センター 地域医療連携センター
FAX : (06)6480-7721

(「0発信」等の設定に伴う誤送信にご注意ください)

地域医療支援病院登録医の申請書

_____年 月 日

兵庫県立尼崎総合医療センター病院長 殿

私は、兵庫県立尼崎総合医療センターの理念と基本方針に賛同し、貴院の地域医療支援病院登録医として下記のとおり申し込みます。

フリガナ

氏名 : _____

フリガナ

医療機関名 : _____

開設者名 : _____

標榜診療科 : _____ (複数可)

所在地 : 〒 _____ 県・府

_____市 _____町

電話 : _____ - _____ FAX : _____ - _____

Eメールアドレス : _____ @ _____

所属医師会(歯科医師会) : _____

医師会(歯科医師会)には非加入です

当院記入欄	登録番号		
	登録年月日	年 月 日	