

登録医申請書

令和 年 月 日

社会福祉法人 同愛記念病院財団 同愛記念病院
院長 平野 美和 様

同愛記念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。

ふりがな 医療機関	
住 所	〒
電 話 番 号	
F A X	
ふりがな 医 師 名	
生 年 月 日	
医籍登録番号	

※ 同愛記念病院記載欄

登録日 令和 年 月 日

ID _____