

天の川病院登録医制度（地域連携システム）申込書

宛先 天の川病院 院長

年 月 日

天の川病院登録医制度（地域連携システム）の趣旨に賛同し、登録を申し込みます。

	フリガナ
医療機関名	
	フリガナ
医療機関所在地	(〒 -)
標榜科	
電話番号	
F A X 番号	
U R L	
E メールアドレス	
※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	
(掲載項目：医療機関名、住所、電話番号、URL)	

	登録医師名	登録医師会・歯科医師会	専門科目・専門分野
氏 名	フリガナ		
氏 名	フリガナ		
氏 名	フリガナ		