

登 録 医 申 請 書

年 月 日

神 栖 済 生 会 病 院

院 長 代 行 長 野 具 雄 様

神栖済生会病院連携登録医制度に登録を申請します。

フリガナ			
医療機関名			
フリガナ			
医師名			
住 所			
電 話		F A X	
標 榜 科			
当 院 の 院 内 掲 示	<input type="checkbox"/> 希望する		<input type="checkbox"/> 希望しない
当 院 ホ ー ム ペ ー ジ へ の 掲 載	<input type="checkbox"/> 希望する		<input type="checkbox"/> 希望しない