

(様式1)

登 録 医 申 請 書

年 月 日

神 栖 濟 生 会 病 院
院 長 殿

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		
当院の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		