

申込日：平成 年 月 日

登録医申請書

社会福祉法人^{恩賜財団}済生会
済生会八幡総合病院
病院長 北村 昌之 行



0120-059-271

FAX 受信後、当院より契約書 2 通を送付いたしますので、登録医申請書(原本)と契約書 1 通を返信用封筒にてご送付ください。

■ 登録医基本情報

法人名・医療機関名	(フリガナ)		
所在地	〒		
電話番号		FAX 番号	

■ 登録申請医師情報

	フリガナ 医師名	役職	性別	生年月日	診療科
①	<hr/>	印			
②	<hr/>	印			
③	<hr/>	印			
④	<hr/>	印			
⑤	<hr/>	印			

済生会八幡総合病院における地域医療連携登録医制度に賛同し、上記内容にて登録を申請いたします。
また、済生会八幡総合病院地域医療連携登録医規程を遵守します。

- 済生会八幡総合病院/地域医療連携室・ホームページ・広報誌等への医療機関名等の掲載について
 承諾します 拒否します (左記、いずれかに をお願いいたします。)

済生会八幡総合病院 事務処理欄

登録日：平成 年 月 日

登録医番号	SYH-
-------	------

病院長	事務部長	地域医療連携室 室長	地域医療連携室 担当者