

一宮市立市民病院

地域連携登録医申請書

年 月 日

一宮市立市民病院 地域連携室長 宛

私は一宮市立市民病院地域連携システムの趣旨に賛同し、同実施要綱第3条及び第4条の規定に基づき、登録医として申請します。

登録医氏名	フリガナ
医療機関名	
所在地	
電話番号	
FAX番号	
eメールアドレス	
診療科目	
専門科目	
休診日	
所属医師会	

一宮市立市民病院 地域医療連携室
FAX番号 (0586) 71-1922