

連携医療機関登録申請書
開放型病院登録医申請書

平成 年 月 日

●連携医療機関に登録申請される施設の情報をご記入下さい。

施設名：

住 所：

電 話：

FAX：

●開放型病院登録医に申請される医師の氏名をご記入下さい。

※診療所、クリニックの医師のみ申請が可能です。

氏 名：

氏 名：

氏 名：

ご記入ありがとうございます。

こちらの申請書は同封の封筒で返信いただくか、FAXにて送信いただけますようお願い致します。

[FAX 送信先]

TMG あさか医療センター

地域連携課直通 FAX：048-497-5594