

# 登録医申請書

年 月 日

小川赤十字病院  
院長 竹ノ谷 正徳 様

小川赤十字病院が推進する地域医療連携の趣旨に賛同し登録を申請します。

医療機関名	フリガナ		
医療機関所在地	(〒 - )		
電話番号	( ) -		
FAX番号	( ) -		
標榜科			
ホームページ	有・無	URL	(ホームページ無の場合は記載不要です)

## 【登録医師】

フリガナ		医籍登録番号	号
		年 月 日	年 月 日
フリガナ		医籍登録番号	号
		年 月 日	年 月 日
フリガナ		医籍登録番号	号
		年 月 日	年 月 日

※ ご不明な点等につきましては、下記までお問い合わせください。

小川赤十字病院  
患者サポートセンター内医療連携室  
電話：0493-71-5776 (直通)  
FAX：0493-71-5779 (直通)