

様式第1号

連携登録医申込書

八戸赤十字病院

院長 紺野 広 様

私は、八戸赤十字病院の連携登録医となることを希望します。

令和 年 月 日

医療機関	名称			
	院長名			
	所在地	〒		
	電話番号		FAX番号	
	E-mail			
	入院病床	有 (床) ・ 無		
	往診の実施	可・不可・条件付き可 ()		
	訪問診療の実施	可・不可・条件付き可 ()		
その他特記事項				

ふりがな		職名	診療科または専門分野
1 登録医師名			
ふりがな		職名	診療科または専門分野
2 登録医師名			
ふりがな		職名	診療科または専門分野
3 登録医師名			
ふりがな		職名	診療科または専門分野
4 登録医師名			
ふりがな		職名	診療科または専門分野
5 登録医師名			