

登録医申込書

申込日： 年 月 日

大和市立病院 院長 様

私は、大和市立病院の登録医になることを希望します。

医療機関名	
登録医師名	※院長または代表医師名をご記入ください。
住所	〒 -
電話番号	
FAX番号	
E-mail	
貴院の情報掲載について	当院ホームページ、及び院内での掲示を（ 希望する ・ 希望しない ） ※患者さん、及び地域住民向けに、連携医療機関として大和市立病院のホームページ上、公表させていただきます。

【 問合せ先 】

大和市立病院 患者サポートセンター 地域連携科
〒242-8602 神奈川県大和市深見西八丁目3番6号
TEL : 046-260-0111