

藤田医科大学岡崎医療センター 地域連携登録医 申請用紙

藤田医科大学岡崎医療センター病院長殿

私は、藤田医科大学岡崎医療センター「地域連携登録医制度」の趣旨に賛同し、「藤田医科大学岡崎医療センター 地域連携登録医制度実施規程」に基づき、藤田医科大学岡崎医療センター地域連携登録医となることを申請します。

申請年月日	年 月 日
医療機関名	
標榜診療科	
所在地	〒 -
電話番号	
メールアドレス	
医師名(登録医名)	
生年月日	年 月 日