

社会福祉法人 康和会 久我山病院 登録医申請書

西暦 年 月 日

社会福祉法人 康和会
病院長 岩下 光利 様

医療機関名	
住所	〒
電話・FAX	TEL FAX
メールアドレス	
フリガナ	
医師名	
標榜診療科	
当院HPより貴院HPへのリンク希望	①あり(HPアドレス)・②なし
在宅医療の届け出について	①在宅療養支援診療所(A単独強化型・B連携強化型・C強化型ではない) ②一般の診療所 ③その他()
登録医証の額装の要否	①額装を希望 ②額装は不要(登録医証のみ)

上記内容にて登録医申請致します。