

(第一号様式)

宛先 所沢美原総合病院 医療連携センター【FAX 04-2997-8022】

令和 年 月 日

登 録 医 申 請 書

社会医療法人社団 埼玉巨樹の会 所沢美原総合病院

院長 鈴木 昭一郎 様

私は、所沢美原総合病院登録医となることを希望しますので登録をお願いいたします。

又、個人情報保護に関する院内規約を十分に理解し、これを遵守いたします。

申請者名

医療機関名	名 称			
	所在地	(〒 -)		
	TEL		FAX	
	メールアドレス			
	標榜科			
	URL			
※ 当院ホームページの記載を <input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない				

医師名(ふりがな)	役職	専門科目

貴院紹介のパンフレットを作成致します。

つきましては、地域の方向けに、下記の「お知らせ」・「院長からの一言」をご記載ください。

お知らせ（診療の情報などお知らせ事項がありましたらご記載ください。）

院長からの一言（地域の方向けに一言頂けると幸いです）