

(様式 2)

福島赤十字病院登録医（歯科）申込書
（患者紹介連携窓口確認用紙）

福島赤十字病院 院長 様

下記の通り福島赤十字病院登録医として申し込みます。

申込年月日 年 月 日

(フリガナ) 病医院名							所属医師会			
(フリガナ) 登録医師名							役職名			
住 所	〒									
T E L						F A X				
E-mai										
ホームページ	有・無		URL							
標榜診療科 ・専門領域									有床（ 床）無床	
診療時間	①	午前					午後			
	②	午前					午後			
診療日 ・ 休診日		月	火	水	木	金	土	日	祝日	備考
	午前									
	午後									
訪問歯科診療	可・不可		可能な曜日や時間帯をご記入ください							

※お手順をお掛けしますが、下記連絡先までFAXいただきますようお願いいたします。
担当者より、追ってご連絡いたします。

【福島赤十字病院 地域医療連携室】

FAX：024-526-3854

TEL：024-526-3853