

福島赤十字病院登録医（医科）申込書

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								有床（ 床）・無床		
専門領域										
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									

※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