

独立行政法人 地域医療機能推進機構

九州病院 医療連携登録医 申請書

平成 年 月 日

独立行政法人 地域医療機能推進機構

九州病院

院長 内山 明彦 殿

独立行政法人 地域医療機能推進機構 九州病院医療連携登録医制度の趣旨を理解し、独立行政法人 地域医療機能推進機構 九州病院の医療連携登録医として登録を希望しますので、下記のとおり申請します。

ふりがな	男 ・ 女	大
氏 名		生年月日 昭 年 月 日生 平

医療機関名称
医療機関所在地（〒 — ）
開設者（理事長・院長等）
主な診療科名
医療機関電話番号 （ ） —
医療機関FAX番号 （ ） —
Eメールアドレス @