

F A X 送付先（地域医療連携室）
045-853-8356

登録番号 ※

（※は横浜医療センター記入欄）

独立行政法人国立病院機構 横浜医療センター

地域医療連携 **登録医** 申込書

郵便番号	—						
所在地							
医療機関名							
診療科							
院長名							科
医師名							科
							科
							科
							科
電話番号	— —						
F A X 番号	— —						
診療時間	日曜日	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日
午前							
午後							

上記のとおり、貴院の地域医療連携の登録医となることを希望します。

平成 年 月 日

横浜市戸塚区原宿3-60-2
独立行政法人国立病院機構
横浜医療センター
院長 工藤 一大 殿

※当院での案内に利用させていただきたいと思いますので、貴院のパンフレット等がありましたら添付をお願いいたします。