

登録番号

*登録番号は記入しないでください

公立館林厚生病院
地域医療連携 登録医 申込書 (新規・変更)

郵便番号	—		
所在地			
医療機関名			
診療科			
フリガナ		印	
院長名			
電話番号	— —		
FAX番号	— —		
メールアドレス			
診療時間	午前	:	~
	午後	:	~
休診日			

上記のとおり、貴院の地域医療連携の登録医を希望します。

年 月 日

〒374-8533

群馬県館林市成島町262-1

公立館林厚生病院

病院長 新井 昌史 様