

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 松本 正弘 様