

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