

登録番号	
------	--

社会福祉法人^{恩賜財団}福岡県済生会八幡総合病院

院長 古森 公浩 殿

地域医療連携登録医申請書

下記の通り、貴院の地域医療連携登録医を希望します。
診療情報の閲覧においては、不必要な閲覧はせず守秘義務を遵守します。

申請日： 令和 年 月 日

医療機関名			
医師名	(院長)	診療科	科 印
		診療科	科 印
		診療科	科 印
		診療科	科 印
所在地	〒 □□□-□□□□		
連絡先	TEL		FAX



社会福祉法人^{恩賜財団}福岡県済生会八幡総合病院

〒805-0050 北九州市八幡東区春の町 5-9-27

TEL 093-671-2339 FAX 093-662-5226

(総合相談センター直通)