

「地域医療連携機関」登録申請書

東京衛生アドベンチスト病院の地域医療連携機関として登録を申請いたします。

ふりがな	
病院・医院名	
ふりがな	
院長氏名	
住所	〒
電話番号	
FAX 番号	
メールアドレス	
診療科目	
訪問診療の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>

上記記載日： 年 月 日