



FAX 022-264-4181

東北公済病院 地域医療センター宛

東北公済病院「登録医」申込書

令和 年 月 日

フリガナ	
医療機関名	
フリガナ	
医師名	
住所	〒
電話番号	
FAX番号	
ホームページ	無 ・ 有
URL	
診療科名	
専門科目	逆紹介の参考とさせていただきますので、「高血圧症・糖尿病」等とご記入ください
当院ホームページ掲載	可 ・ 不可
院内掲示	可 ・ 不可