

西横浜国際総合病院 登録連携医 申込用紙

西横浜国際総合病院・患者支援センターー行き
F A X : 0 4 5 - 8 7 1 - 9 7 0 1

西横浜国際総合病院 院長 殿

私は貴院の地域医療連携の趣旨に賛同し、登録を希望します。

令和 年 月 日

医療機関名	
TEL	
FAX	
Eメールアドレス	
ホームページアドレス	
登録を希望される医師名	フリガナ
	フリガナ
標榜診療科名	