

年 月 日

東海大学医学部附属東京病院
病院長 海老原 明典 殿

連 携 登 録 医 申 請 書

〒

住 所 _____

医療機関名 _____

フリガナ

申請医師氏名 _____

電 話 () _____

F A X () _____

標 榜 科 目 [_____]

私 儀

東海大学医学部附属東京病院における医療連携登録医の趣旨に賛同し、連携登録医を申請致します。なお、登録医活動を行うに際しては、貴院の医療連携登録医制度を遵守します。

※ 登録の承認は、病院長からの連携登録医証の発行をもって代えます。

事務局記入欄

登録日

年 月 日

連携登録医No. _____